

Raimunda Nonata Carlos Ferreira

# **SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ANÁLISE DE AUDITORIAS EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS, NO PERÍODO DE 2008 A 2018**



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Serviço Social**

COIMBRA, 2021



**Saúde indígena no Brasil: análise de auditorias em três Distritos  
Sanitários Especiais Indígenas, no período de 2008 a 2018**

**RAIMUNDA NONATA CARLOS FERREIRA**

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social

**Orientadora:** Professora Doutora Dulce Serra Simões, ISMT

**Membros do júri**

**Presidente:** Professor Doutor Manuel Menezes Domingos da Silva, ISMT

**Arguente:** Professora Doutora Tânia Regina Krüger, UFSC

**Coimbra, novembro de 2021**

*Dedico este trabalho a todos e todas que, em seu cotidiano,  
constroem a realidade do sonho de um outro mundo possível, a partir  
de suas diversidades, crenças e valores.*

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha mãe, Terezinha Carlos (em memória), por sua presença incentivadora, vibrante, permanente e constante, cujo exemplo segue sendo o meu farol. Ao meu pai, Luiz Ferreira, por seu reconhecimento sempre muito valoroso e confiante, que impulsiona a seguir em frente.

Minha gratidão ao Sérgio pelo carinho e apoio incondicional, na sua presença companheira e solidária.

Agradeço as parcerias de Fabiana e Ascísio, Alexandra e Gabriel, pelas vivências e aventuras compartilhadas.

Agradeço às amigas e amigos catalogados nesse caminho, aqui incluído o Solar Aranha, tornando este processo mais afetivo e caloroso, em terras, por vezes, geladas.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Dulce Simões pela disposição e apoio na tarefa de conduzir a orientação deste trabalho.

Agradecimento carinhoso à Professora Doutora Alcina Martins, por sua acolhida, abrindo as portas e possibilidades para a realização deste mestrado.

Agradeço ao corpo docente e não docente do Instituto Superior Miguel Torga, sempre atento, pelo cuidado e disponibilidade;

Meu agradecimento às experiências compartilhadas no decorrer do mestrado na sala de aula com Alexandra, Caren, Daniela, David, Gabriela e Sara.

Agradeço ao DENASUS/MS, que viabilizou a realização desse estudo, nas pessoas ao meu lado que acreditam na efetivação de uma política de saúde pública, gratuita, eficaz, eficiente e de qualidade.

## **Resumo**

Esta dissertação buscou analisar os relatórios de auditorias que avaliaram a política de saúde indígena no Brasil, realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS). Inicialmente, discorreu-se sobre a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o caminho histórico e legislativo percorrido para a sua efetivação e, em seguida, tratou-se da instituição do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. O estudo guiou-se por uma metodologia de natureza qualitativa, ancorada em uma pesquisa bibliográfica e documental, cujas referências bibliográficas remetem às áreas das Ciências Sociais, Serviço Social e à discussão sobre a saúde pública e a questão indígena, a exemplo de: Boschetti (2009), Bravo (2009), Campos (2000), Garnelo e Pontes (2012), Mendes (1993, 2011), Oliveira e Freire (2006). Recorreu-se, ainda, a documentos oficiais e publicações editadas pelos órgãos de controle, a exemplo Tribunal de Contas da União (TCU), da Controladoria-Geral da União (CGU) e do DENASUS. A técnica de recolha dos dados foi realizada a partir do levantamento das auditorias realizadas em saúde indígena, entre os anos de 2008 a 2018, constantes no Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS). O período em referência compreende a ocasião em que o SISAUD/SUS passou a ser operado via ‘internet’ e, o ano em que os dados foram solicitados, na altura, início deste mestrado. As informações coletadas indicaram a existência de 21 auditorias realizadas no Estado do Pará, região norte do Brasil, incluindo 3 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI): Guamá Tocantins, Altamira e Kaiapó do Pará. Decorre daí a decisão de analisar estes 3 DSEI, em face dos dados disponibilizados pelo setor competente, no âmbito do DENASUS. De posse das informações, procedeu-se à leitura e análise do conteúdo de todos os relatórios das auditorias, com o fito de identificar os problemas mais frequentes identificados no processo de implementação da política de saúde indígena. Dentre os problemas apontados nos relatórios de auditoria, destacam-se estruturas físicas precárias ou inadequadas; deficiência de recursos humanos, em quantidade e qualidade; contratos de serviços efetuados em desacordo com os dispositivos legais; ausência de fiscalização eficiente em face da prestação de serviços contratados, quando necessários. Da análise, depreende-se que a política de saúde indígena carece de mecanismos de gestão capazes de oferecer serviços de saúde que garantam o acesso a uma atenção à saúde diferenciada e de qualidade, para as populações indígenas.

**Palavras-chave:** Saúde Indígena. Política social. Política de saúde. Saúde pública. Auditoria.

## **Abstract**

This dissertation sought to analyse the audit reports that evaluated the indigenous health policy in Brazil, carried out by the National Audit Department of the Unified Health System (DENASUS). Initially, it was discussed the implementation of the National Health Care Policy for Indigenous Peoples, the historical and legislative path taken to make it effective, and then the institution of the National Audit System of the SUS was discussed. The study was guided by a qualitative methodology, anchored in a bibliographic and documentary research, whose bibliographical references to refer to the areas of Social Sciences, Social Work and the discussion on public health and the indigenous issue, such as: Boschetti (2009), Bravo (2009), Campos (2000), Garnelo and Pontes (2012), Mendes (1993, 2011), Oliveira and Freire (2006). Official documents and publications edited by control bodies were also used, such as the Federal Court of Accounts (TCU), the Federal Comptroller General (CGU) and DENASUS. The data collection technique was carried out from the survey of audits carried out in indigenous health, between the years 2008 to 2018, contained in the SUS Audit System (SISAUD/SUS). The period in reference comprises the occasion when SISAUD/SUS started to be operated via the 'internet' and the year in which the data were requested, at the time, the beginning of this master's degree. The information collected indicated the existence of 21 audits carried out in the State of Pará, northern region of Brazil, including 3 Special Indigenous Sanitary Districts (DSEI): Guamá Tocantins, Altamira and Kaiapó do Pará. Hence, the decision to analyse these 3 DSEI, in view of the data provided by the competent sector, within the scope of DENASUS. With the information in hand, the content of all audit reports was read and analysed, in order to identify the most frequent problems identified in the process of implementing the indigenous health policy. Among the problems pointed out in the audit reports, precarious or inadequate physical structures stand out; shortage of human resources, in quantity and quality; service contracts made in disagreement with legal provisions; lack of efficient inspection in face of the provision of contracted services, when necessary. From the analysis, it appears that the indigenous health policy lacks management mechanisms capable of offering health services that assurance access to differentiated and quality healthcare for indigenous populations.

**Keywords:** Indigenous Health. Social policy. Health policy. Public health. Audit.

## **Acrónimos e siglas**

AB – Atenção básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIS - Agente Indígena de Saúde

AISAN - Agente Indígena de Saneamento

CAN - Correio Aéreo Nacional

CASAI - Casas de Saúde do Índio

CF - Constituição Federal

CGU - Controladoria-Geral da União

CIS - Comissão Intersectorial de Saúde

CISI - Comissão Intersectorial de Saúde Indígena

CLSI - Conselhos Locais de Saúde Indígena

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CODIC - Coordenação de Disseminação do Conhecimento do Sistema Nacional de Auditoria

CONDISI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena

COSAUD - Coordenação de Sistemas de Auditoria

DCAA - Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria

DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DSEI - Distritos Sanitários Distritos Sanitários Especiais Indígenas

EMSI - Equipas Multidisciplinares de Saúde Indígena

ESAE - Escola de Altos Estudos

EVS - Equipas Volantes de Saúde

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

IAB-PI - Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas

IAE-PI - Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ISMT - Instituto Superior Miguel Torga  
LOA - Lei Orçamentária Anual  
LOS - Lei Orgânica da Saúde  
MAC - Média e Alta Complexidade  
MC - Média Complexidade  
MS - Ministério da Saúde  
OS - Organizações Sociais  
PAA - Plano Anual de Atividades  
PAS - Programações Anuais de Saúde  
PCCU - Prevenção do Câncer de Colo Uterino  
PDSI - Plano Distrital de Saúde Indígena  
PE - Pregão Eletrônico  
PIASI - Programas Integrais de Atenção à Saúde do Índio  
PMS - Planos Municipais de Saúde  
PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PSE - Programa Saúde na Escola  
RAG - Relatórios Anuais de Gestão  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
SASISUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena  
SCNES - Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SIASI - Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena  
SISAUD - Sistema de Auditoria  
SISAUD/SUS - Sistema de Auditoria do SUS  
SNA - Sistema Nacional de Auditoria  
SPI - Serviço de Proteção ao Índio  
SRP - Sistema de Registro de Preços  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas  
TCM - Tribunal de Contas dos Municípios  
TCU - Tribunal de Contas da União  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina



## **Índice de tabelas**

Tabela 1 - Distribuição das irregularidades relacionadas à saúde indígena, por Grupo de Constatação.

Tabela 2 - Constatações referentes a recursos financeiros.

Tabela 3 - Constatações referentes à atenção básica.

Tabela 4 - Constatações referentes à Assistência Farmacêutica.

Tabela 5 - Constatações referentes a controles internos.

Tabela 6 - Constatações referentes a Programas Estratégicos.

Tabela 7 - Constatações referentes à Regionalização, Planejamento e Programação.

Tabela 8 - Constatações referentes à Vigilância em Saúde.

Tabela 9 - Constatações referentes ao Controle Social.

Tabela 10 - Constatações referentes a Recursos Humanos.

Tabela 11 - Constatações referentes à assistência de média e alta complexidade.

## **Índice de figuras**

Figura 1 - Organização assistencial da rede de saúde indígena.

Figura 2 - Distribuição da população indígena no Brasil.

*“Quando eu era criança, os brancos subiram os rios e começaram a fazer morrer nossos antigos em grande número. Depois voltaram, de avião e de helicóptero. Então suas fumaças de epidemia, mais uma vez, fizeram morrer muitos de nós. Agora, eles tinham resolvido abrir uma de suas estradas até o meio de nossa floresta, e suas doenças iriam com certeza devorar os que tinham sobrevivido.”*

(Davi Kopenawa: A Queda do Céu, 2015, p. 305)

## Índice

Introdução	1
<b>1. A construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas</b>	<b>4</b>
1.1. Atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas	4
1.2. Instituição da política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil	6
1.3. O percurso da atenção à saúde da população indígena	10
<b>2. Os recursos para a saúde indígena e os mecanismos de controle e acompanhamento</b>	<b>13</b>
2.1. O financiamento das ações de atenção à saúde indígena	13
2.2. A instituição do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS	14
<b>3. A metodologia desenvolvida e os resultados identificados na análise</b>	<b>17</b>
3.1. Notas metodológicas e recolha dos dados	17
3.2. O que dizem os dados dos relatórios das auditorias	19
3.3. Irregularidades identificadas nas Auditorias	20
3.3.1. Identificação de irregularidades por grupo de constatação	21
3.4. Recomendações para corrigir as irregularidades	38
<b>4. Considerações Finais</b>	<b>43</b>
Referências Bibliográficas	50
Anexo 1 – Mapa da localização dos DSEI no Brasil.	
Anexo 2 – Dados sobre o Subsistema de Saúde Indígena no Brasil.	
Anexo 3 – Solicitação do levantamento das auditorias em saúde indígena.	
Anexo 4 – Excerto do Relatório de Auditoria nº 12.325 – DSEI.	
Anexo 5 – Mapa do Brasil com a localização da Província do Pará.	
Anexo 6 – Mapa da localização do DSEI Guamá-Tocantins.	
Anexo 7 – Caracterização geográfica de rede de atendimento do DSEI GUATOC.	
Anexo 8 – Mapa da localização do DSEI Kaiapó do Pará.	
Anexo 9 – Mapa da localização do DSEI Altamira.	
Anexo 10 – Dispositivos legais a serem observados.	

## **Introdução**

Este trabalho buscou analisar os relatórios de auditorias realizadas para avaliar aspectos da política de saúde indígena, no Brasil. O presente estudo constitui-se requisito para a obtenção do grau de mestre em Serviço Social, resultante da conclusão do curso de Mestrado em Serviço Social da Escola de Altos Estudos (ESAE), ofertado pelo Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), na sua 16.<sup>a</sup> edição.

A Constituição Federal (CF) brasileira de 1988, no capítulo “Dos Índios”, artigos 231 e 232, reconheceu os direitos originários sobre as terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas. Incluiu o entendimento do território como espaço de habitação, produção, preservação do meio ambiente e reprodução física e cultural dos indígenas. Assegurou-lhes o direito de utilizarem as suas línguas maternas e definirem os seus processos de aprendizagem no ensino básico, além de reconhecer a legitimidade dos indígenas, as suas comunidades e organizações na defesa dos seus direitos e interesses (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988/2016).

Com base nesses preceitos constitucionais, fundaram-se as bases para a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Esta resultou de mobilizações de setores organizados dos movimentos sociais indígenas, que reivindicavam um atendimento diferenciado e específico, direcionada ao atendimento das suas necessidades de assistência à saúde.

A PNASPI foi criada em 1999, sob a responsabilidade do governo federal, com o objetivo de disponibilizar uma estrutura de atenção primária à saúde das populações indígenas, residentes em comunidades indígenas, localizadas em áreas rurais, incluindo locais de difícil acesso.

Decorridos 22 anos desde a sua criação, a PNASPI foi alvo de ações de auditoria realizadas pelos órgãos de controle como o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS), a Controladoria-Geral da União (CGU) e o Tribunal de Contas da União (TCU), com a finalidade de avaliar aspectos relacionados à capacidade de gestão dos setores governamentais responsáveis por essa política pública.

O objetivo do trabalho pretendeu identificar os problemas mais frequentes apontados nos relatórios de auditoria em saúde indígena e, buscou, ainda, indicar como as ações de auditoria podem contribuir para o aperfeiçoamento da gestão da política de saúde indígena.

A pesquisa bibliográfica está ancorada em autores situados no campo das Ciências Sociais, Serviço Social e na discussão sobre a saúde pública e a questão indígena, com destaque

para: Boschetti (2009), Bravo (2009), Campos (2000), Garnelo e Pontes (2012), Mendes (1993, 2011), Oliveira e Freire (2006). A pesquisa documental incluiu documentos oficiais e publicações editadas pelos órgãos de controle, a exemplo do TCU, da CGU e do DENASUS.

Na análise qualitativa foram utilizados os dados dos relatórios de auditorias realizadas pelo DENASUS, no período 2008 a 2018, cujo escopo da atividade de controle está relacionado à política de saúde indígena, no Brasil. Este período de 10 anos corresponde ao ano em que o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) passou a funcionar via *internet* e o ano que antecedeu o início do mestrado, em curso.

Os dados disponibilizados pelos setores competentes, quando solicitados, incluíram auditorias que envolveram averiguações no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI): Guamá Tocantins, Altamira e Kaiapó do Pará, localizados no Estado do Pará, na região norte do Brasil. Por essa razão, o presente estudo foi delimitado à avaliação desses três Distritos Sanitários, em decorrência das informações disponibilizadas.

A análise dos dados considerou as *constatações* relacionadas nas auditorias, as quais podem estar em acordo ou em desacordo com as normas instituídas. Quando em desacordo, as constatações são consideradas irregulares e, a estas são indicadas *recomendações*. Foram utilizadas as constatações organizadas segundo o *grupo de constatação* e, em cada grupo, utilizou-se como indicador o *item de constatação*. As categorias de análise utilizadas basearam-se nas denominações identificadas nas auditorias, constantes da estrutura dos relatórios e compõem o rol de informações disponibilizadas para o presente estudo. A inserção de tais informações no SISAUD/SUS é de competência das Equipes responsáveis pelas auditorias.

Este trabalho buscou apresentar a instituição da política de saúde indígena no Brasil, o arcabouço legal que a fundamenta como política pública e identificar os problemas apontados nas auditorias realizadas em três DSEI, apresentando ainda, informações sobre a organização do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

O trabalho ora apresentado foi estruturado em três capítulos. O primeiro expõe um panorama sobre a atenção à saúde dos povos indígenas, a instituição da PNASPI e os seus desdobramentos, na perspectiva do atendimento às necessidades de saúde dessas populações.

Na sequência, discorre-se sobre o contexto do financiamento das ações de atenção à saúde indígena, os dispositivos legais instituídos para a transferência dos recursos federais aos gestores locais. Em seguida, buscou-se explicitar a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, a sua organização para operacionalizar os mecanismos de controle dos recursos públicos federais, destinados a custear a política de saúde indígena no Brasil.

Em continuidade, dispõe-se sobre a definição do objeto e os objetivos do estudo, a metodologia e as técnicas utilizadas, bem como, os critérios e os procedimentos para a recolha e a sistematização das informações. Na sequência, tem-se a análise dos dados obtidos dos relatórios das auditorias, os resultados encontrados e os possíveis impactos sobre a melhoria da gestão no âmbito da política de saúde indígena.

Finalmente, apresentam-se as considerações finais sobre o estudo em que se pretendeu elencar as fragilidades apontadas nas auditorias, na perspectiva de indicar os elementos a serem observados pelos gestores públicos, para corrigir os procedimentos na condução da política de saúde indígena.

Com este estudo, espera-se contribuir para a compreensão dos desafios enfrentados na gestão da política de saúde indígena, para vislumbrar as possibilidades de aperfeiçoar o atendimento às reais necessidades de saúde das populações indígenas.

A discussão relativa aos aspetos interculturais sobre a articulação entre as concepções do processo saúde-doença, as formas de resolução e os procedimentos para o tratamento, estão fora do escopo dessa análise. Posto que tal tema pode ensejar estudos posteriores, sobre a relação e os impactos entre a medicina ocidental e os cuidados milenares e tradicionais das populações indígenas com a saúde. Notadamente, as concepções dos povos indígenas sobre o processo de adoecimento e respetivo itinerário terapêutico em muito se distancia das concepções hospitalocêntricas, centradas no médico, no medicamento, quando a doença já está instalada, em contradição com a integração à natureza, de modo a privilegiar a produção de saúde e a prevenção do adoecimento.

Por fim, estudar a política de saúde indígena tem a pretensão de trazer luz sobre a realidade vivenciada pelos povos indígenas, ofuscados pelos interesses diversos que permeiam o quotidiano dessas populações. O percurso histórico da vida desses povos é marcado por tensões, agudizadas pela relação permanente entre a expropriação territorial e exploração da força de trabalho indígena, desde os tempos do Brasil colônia. Entretanto, dados os limites do presente estudo, não foi possível adentrar na análise desses elementos constitutivos da história dos povos indígenas no território brasileiro.

## **1. A construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**

### **1.1. Atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas**

A PNASPI integra a Política Nacional de Saúde no Brasil. A sua estruturação obedece aos parâmetros instituídos pela CF de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080 (1990), que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). A política de saúde indígena resulta de um processo construído social e historicamente, na correlação de forças resultante dos interesses diversos em disputa no cenário brasileiro (Campos, 2000).

As culturas indígenas concebem e estabelecem os seus vínculos com o corpo de forma diversa, quando comparada à perspectiva chamada ocidental, extramuros às concepções ancestrais das populações indígenas. Para Byington (2006, p. 250), “a relação pessoal e interpessoal com o corpo, entre os índios, dá-se de forma muito mais integrada, espontânea e sadia do que entre nós”.

A atenção diferenciada no processo de estruturação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas baseia-se em três princípios orientadores: “adequação de tecnologias; qualificação dos profissionais para o contexto intercultural; participação indígena”. Contudo, a priorização do modelo biomédico desconsidera, por vezes, demais outras formas de organização da saúde nos territórios indígenas, conforme afirmação de Garnelo (Pontes et al., 2015, p. 3207):

“a formulação do modelo de atenção para os DSEI, ao se restringir às instâncias biomédicas oficiais, ignora e nega a existência de outras formas de atenção nos territórios indígenas. A proposta de “adequar” as tecnologias e qualificar os profissionais, de acordo com o contexto local, parte do pressuposto de que se vai “transformar” conhecimentos e práticas hegemônicos, predominantemente biomédicos, nos sistemas de atenção e de formação profissional no Brasil.”

Os modelos de atenção à saúde são estruturados com base no funcionamento das redes de atenção à saúde (RASs). Estas são organizadas entre entes governamentais, para oferecer serviços de saúde efetivos, com eficiência e qualidade, baseadas em: “economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção” (Mendes, 2011, p. 71).

Para Boschetti (2009, p. 584), a avaliação das políticas sociais requer a identificação de aspetos, como: “1) os direitos e benefícios estabelecidos e assegurados; 2) o financiamento (fontes, montantes e gastos); 3) gestão (forma de organização) e controlo social democrático (participação da sociedade civil).” A depender dos objetivos da avaliação, cada um desses fatores pode resultar no desmembramento em diversos indicadores para viabilizar a análise.



O “processo saúde/enfermidade/intervenção”, citado por Campos (2000, p. 226), aponta a exigência da “produção de saúde” e implica no desenvolvimento de processos, em que se identificam quatro modos básicos, a saber:

a) transformações econômicas, sociais e políticas resultando em padrões saudáveis de existência, dificultando o surgimento de enfermidades . . . ; b) vigilância à saúde voltada para a promoção e prevenção de enfermidades e morte; c) clínica e reabilitação em que se realizam práticas de assistência e de cuidados individuais de saúde e d) atendimento de urgência e de emergência, em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte e sofrimento.

O alvo da produção de saúde é o corpo e, como tal, representa um espaço de significação social. A relação saúde e doença “é também uma conceção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação da sua sociedade e, de acordo com critérios e modalidades que ela fixa” (Ferreira, 1994, p. 103).

A estruturação de uma política de saúde pública requer a definição de um modelo de saúde a ser implementado, articulando as redes de atenção à saúde, dirigidas às diferentes necessidades dos segmentos sociais, diversos nas suas complexidades.

A especificidade da política de saúde indígena objetiva assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, segundo as diretrizes do SUS, baseada no respeito à diversidade etnocultural, social, geográfica, histórica e política. A instituição dessa política específica pretendeu favorecer a superação de fatores que tornam essas populações mais vulneráveis aos agravos à saúde de maior magnitude e ocorrência dentre os brasileiros.

No Brasil, a participação da comunidade na gestão do SUS foi regulamentada pela Lei n.º 8.142 (1990), disciplinando os instrumentos e as formas de participação, com a instituição dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo: municipais, provinciais e nacional. A participação social passou a ser definida como controle social. Significa dizer que o controle da gestão do sistema de saúde passa a ser tarefa compartilhada com a sociedade civil, por intermédio de suas organizações e representações sociais.

A inclusão da participação da comunidade no texto constitucional brasileiro é resultado “das lutas que caracterizaram o período da redemocratização política num amplo leque de experiências e reflexões de profissionais de saúde e lideranças populares, que nos anos 1976-1984 caracterizam a vertente popular da luta pelo direito à saúde” (Stotz, 2009, p. 296).

Numa análise sociológica, Stotz (2009, p. 293) considera a participação social como:

um conceito relacional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social. . . . Na medida em que a ação mobiliza o sujeito do ponto de vista emocional, intuitivo e racional, a participação pode ser entendida como um princípio diretor do conhecimento, variável segundo os tipos de sociedade em cada época histórica.

Do ponto de vista político, “participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico” (Stotz, 2009, p. 293).

Neste sentido, a concepção de participação herdada dos anos 1980 “está relacionada à ampliação dos sujeitos sociais na democratização do Estado brasileiro, tendo como horizonte uma nova relação Estado-Sociedade com a ampliação dos canais de participação direta” (Bravo, 2009, p. 396).

No caso dos povos indígenas, a participação, por meio de consulta livre, prévia e informada, sobre temas que lhe são afetos, relacionadas a decisões que possam impactar aspectos de suas vidas, bens, direitos ou costumes, está prevista na Convenção nº 169/1989, da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1989), ratificadas no Brasil em 2002. Objetivamente, tal convenção instituiu o direito dos indígenas à consulta, o que pode implicar na possibilidade de influência direta desses povos, em processos de tomada de decisões administrativas e legislativas que lhe dizem respeito.

## **1.2. Instituição da política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil**

A política de saúde pública é direcionada ao atendimento da população geral residente, sobretudo, nos aglomerados urbanos, e como tal:

O SUS é um sistema público de prestação de serviços de saúde para a população brasileira, que compreende atividades dirigidas a pessoas e coletividades, desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal. As ações do SUS são voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, . . . intervenções sobre o ambiente onde se vive e trabalha. Suas atribuições preveem ainda o controle da qualidade e desenvolvimento de pesquisa e produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos necessários à realização das ações sanitárias no país. (Garnelo & Pontes, 2012, p. 22)

O SUS, na sua origem, não priorizou a população indígena, em função das suas especificidades, pois na altura, a política indigenista, assim como as ações de saúde eram competências da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (Garnelo & Pontes, 2012, p. 23).

Em 1986, realizou-se a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS), decisiva para a definição dos princípios que orientaram a criação da política de saúde pública no Brasil. A discussão sobre uma política de saúde para atender às especificidades dos povos indígenas, emergiu durante essa conferência (Ministério da Saúde, 1986).

As conferências de saúde são instâncias representativas que asseguram a participação da comunidade na gestão do SUS. As conferências são compostas por diversos segmentos sociais,

em cada esfera de governo, seja no âmbito municipal, provincial e nacional, incluindo o Distrito Federal. Segundo a Lei n.º 8.142 (1990):

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Para a indígena, advogada e deputada federal da etnia Wapixana, Joênia Batista de Carvalho, a Constituição de 1998 avança ao reconhecer e amparar os indígenas nos seus direitos básicos fundamentais para a garantia de vida desses povos, incluindo o acesso aos seus territórios. Segundo a autora, o território habitado pelos povos indígenas ultrapassa o entendimento de espaço de moradia, pois constitui o *locus* do “domicílio por direito, a habitação necessária à sobrevivência física e cultural” (Carvalho, 2006, p. 93).

De acordo com Gondim e Monken (2009), o território vai além do espaço habitado e se configura como lugar de movimento e de permanente construção, onde atuam as relações de poder. Do ponto de vista da saúde, os territórios:

se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. (Gondim & Monken, 2009, pp. 394-395)

O Decreto n.º 23/1991, havia estabelecido “as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas” e transferiu a gestão da saúde indígena, da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Este Decreto definiu, ainda, a criação de “distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas” (Decreto n.º 23, 1991).

A base da estrutura da PNASPI é o Distrito Sanitário, território de saúde que extrapola os limites geográficos, abrange uma “população com características epidemiológicas e sociais e com necessidades” de saúde, específicas (Almeida et al., 1998, p. 21).

O Distrito Sanitário compreende um:

processo social de mudanças de práticas sanitárias . . . que se manifesta no espaço operativo, no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de saúde, sob gestão de uma autoridade sanitária local e reorientadas de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais (impacto, orientação por problema), intersetorialidade, planejamento e programação local, co-responsabilidade, hierarquização, inter-complementariedade, integralidade, adstrição, heterogeneidade e realidade, e os conjuntos sociais, com seus problemas, delimitados por um território-processo. (Mendes, 1993, pp. 94-95)

Para a PNASPI, o Distrito Sanitário representa uma estrutura capaz de assegurar:

um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controlo social. (Ministério da Saúde, 2002, p. 13)

A 9.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, aprovou proposta para assegurar a atenção integral e diferenciada à saúde do índio, no âmbito do SUS, considerando o respeito aos seus sistemas tradicionais e indicou a criação dos DSEI (Ministério da Saúde, 1992). Estes seriam vinculados ao Ministério da Saúde, com a garantia da participação indígena, por intermédio dos Concelhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), conforme os dispositivos da Lei n.º 8.142 (1990).

Em 1993, aconteceu a segunda conferência nacional para tratar da temática específica da saúde indígena, a 2.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas. Essa conferência contou com a participação de representantes indígenas e não indígenas, de forma paritária. Na altura, foram definidas as diretrizes e os princípios para a política de saúde indígena e referendou a proposta de estruturação dos DSEI (Ministério da Saúde, 1993).

O Decreto n.º 1.141 (1994) segmentou as responsabilidades institucionais com as atividades de saúde, destinando à Funasa, as ações de prevenção e, à FUNAI, as ações assistenciais de saúde. Esta segmentação provocou a sobreposição de ações de saúde, gerando alguns conflitos na gestão da saúde indígena.

Na altura, a FUNAI criou a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários ministérios que possuíam alguma relação com a questão indígena e, propôs um Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, com a implantação de Programas Integrais de Atenção à Saúde do Índio (PIASI).

Os princípios consagrados na Constituição da República Federativa do Brasil (1988/2016) asseguram o acesso universal à saúde integral, como um direito de cidadania e dever do Estado, a ser prestado com base na equidade. Tais princípios foram estratégicos para a formulação da política de saúde indígena.

O princípio da universalidade incorporado ao SUS viabilizou o acesso à saúde como “um direito de qualquer cidadão brasileiro, independente de raça, renda, escolaridade, religião ou qualquer outra forma de discriminação, e um dever do Estado brasileiro em prover esses serviços” (Matta, 2009, p. 467).

Segundo Pinheiro (2009, p. 256), a integralidade pode ser definida:

como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das

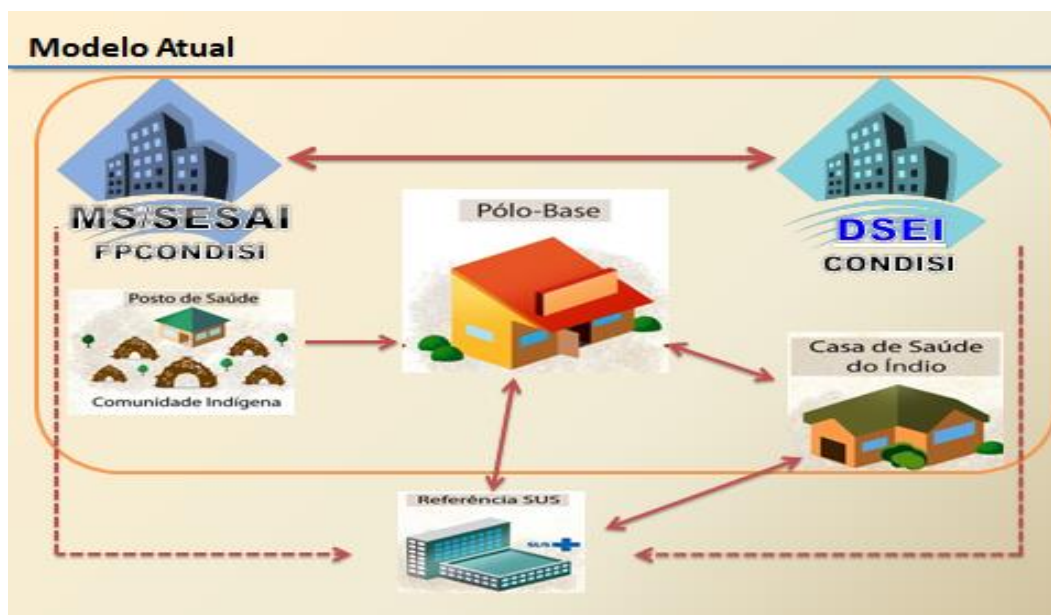
peessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização.

A concessão do princípio da equidade compreende a disposição de serviços de saúde que garantam a igualdade de condições de acesso, mediante a heterogeneidade das necessidades dos indivíduos (Escorel, 2009).

A Lei n.º 9.836 (1999) instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SSI), criando a PNASPI e os 34 DSEI (Anexo 1). A referência a subsistema diz respeito à inserção da saúde indígena à política de saúde pública, o SUS.

O funcionamento dos DSEI previu a organização de uma rede de serviços básicos de saúde nas áreas indígenas, articulada com serviços de maior complexidade, segundo a estrutura de saúde existente nos municípios circunvizinhos às aldeias indígenas (Ministério da Saúde, 2002).

A estrutura dos DSEI, em vigência, é composta por Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), os chamados Postos de Saúde e Polos Base e, pelas Casas de Saúde do Índio (CASAI) (Anexo 2). A articulação da rede de serviços para prestar assistência à saúde dos povos indígenas está demonstrada na Figura 1.



*Figura 1. Organização assistencial da rede de saúde indígena.*

*Nota.* Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (2017).

Em 2010, as ações de saúde indígena foram transferidas da FUNASA para o MS, sendo quando foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). O Decreto n.º 7.461 (2011) determinou a responsabilidade conjunta do MS e da FUNASA, na efetivação da transferência da gestão da saúde indígena.

### 1.3. O percurso da atenção à saúde da população indígena

A história dos povos indígenas no Brasil, desde as suas origens, é permeada por fatores que objetivaram a incorporação cultural à sociedade emergente, por intermédio do apagamento cultural ancestral, mesclada por processos que vislumbraram até a eliminação física de etnias que resistiram à dominação e escravização.

No início da colonização brasileira, as ações de saúde para atender aos povos indígenas, eram realizadas, essencialmente, por missionários. Em nome da expansão das fronteiras económicas para o Centro-Oeste e da construção de linhas telegráficas e ferroviárias, no início do Século XX, os índios foram submetidos a elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis (Ministério da Saúde, 2002).

Em 1910, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio para “prestar assistência aos índios do Brasil”, na perspectiva de transformá-los em “trabalhadores nacionais” (Decreto n.º 8.072, 1910). Como assinala Oliveira e Freire (2006, pp. 114-115):

Algumas contradições básicas existiram no âmbito do SPI: enquanto se propunha a respeitar as terras e a cultura indígena, agia transferindo índios e liberando territórios indígenas para colonização, ao mesmo tempo em que reprimia práticas tradicionais e impunha uma pedagogia que alterava o sistema produtivo indígena. . . É no entrecruzamento dessas causas e motivações que deve ser buscada a chave para a compreensão do indigenismo brasileiro, um regime tutelar estabelecido para as populações autóctones que foi hegemônico de 1910 até a Constituição de 1988, perdurando em certa medida até os dias atuais em decorrência da força de inércia dos aparelhos de poder e de estruturas governativas.

O SPI tinha a missão de proteger os índios, com o objetivo de enquadrá-los progressivamente, com as suas terras, ao sistema produtivo nacional. A proteção aos indígenas representava o esforço institucional de integrá-los ao padrão civilizatório de nação. Conforme assinala Sousa (2011, p. 23), segundo a perspectiva etnocêntrica ocidental:

os índios eram indivíduos que se encontravam em um estágio de inferioridade humana, sendo necessário fazê-los “evoluir” para o estágio de “civilizados”. Suas línguas, costumes, modo de vida foram induzidos ao abandono. A miscigenação, como vimos, fazia parte do projeto civilizatório, sob o pretexto de criar uma “raça” brasileira homogênea, superiora aos “índios puros”. Assim, ser índio era um estágio transitório que tal projeto tinha uma ávida pressa em superar.

As ações de assistência à saúde ocorriam de forma esporádica e desorganizada. Em 1956, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que se utilizava de aeronaves do Correio Aéreo Nacional (CAN), para prestar serviços de saúde às populações indígenas e rurais de difícil acesso (Costa, 1987).

Extinto em 1967, o SPI dá lugar à criação da FUNAI, com a responsabilidade, dentre outras, de estabelecer e executar a Política Indigenista no Brasil, mediante o “respeito à pessoa

do índio e as instituições e comunidades tribais”, além de promover a educação básica aos indígenas; demarcar, assegurar e proteger as terras tradicionalmente ocupadas e, estimular o desenvolvimento de estudos e levantamentos sobre os grupos indígenas (Lei n.º 5.371, 1967). A FUNAI foi criada no âmbito da estrutura do Ministério da Justiça, no período em que vigorava, no Brasil, o processo da ditadura civil e militar, iniciado em 1964 e perdurou até 1985.

A FUNAI constituiu Equipes Volantes de Saúde (EVS) para prestar serviços de saúde às populações indígenas nas aldeias, com acesso por via terrestre. As equipes utilizavam um autocarro adaptado com consultório médico e odontológico, para percorrer as regiões sob a sua jurisdição e eram compostas por enfermeiro, médico, dentista e laboratorista. O atendimento era realizado nas aldeias de três a quatro vezes ao ano. A assistência diária nas “enfermarias” - pequenas unidades de saúde - nas aldeias, era realizada por auxiliares de enfermagem que não tinham a qualificação necessária, nem dispunham de condições de trabalho adequadas (Coroia, 2013).

Segundo o censo demográfico brasileiro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010 <sup>1</sup>, o número de indígenas é de 817.963, distribuídos pelas regiões geográficas no Brasil, conforme demonstrado na figura 2. Segundo a FUNAI (2020), essa população abrange 305 etnias, falantes de 274 línguas. Somam-se a esses povos, 69 referências de indígenas definidos como povos isolados, posto que vivem, até o momento, sem qualquer contacto com a sociedade não indígena.

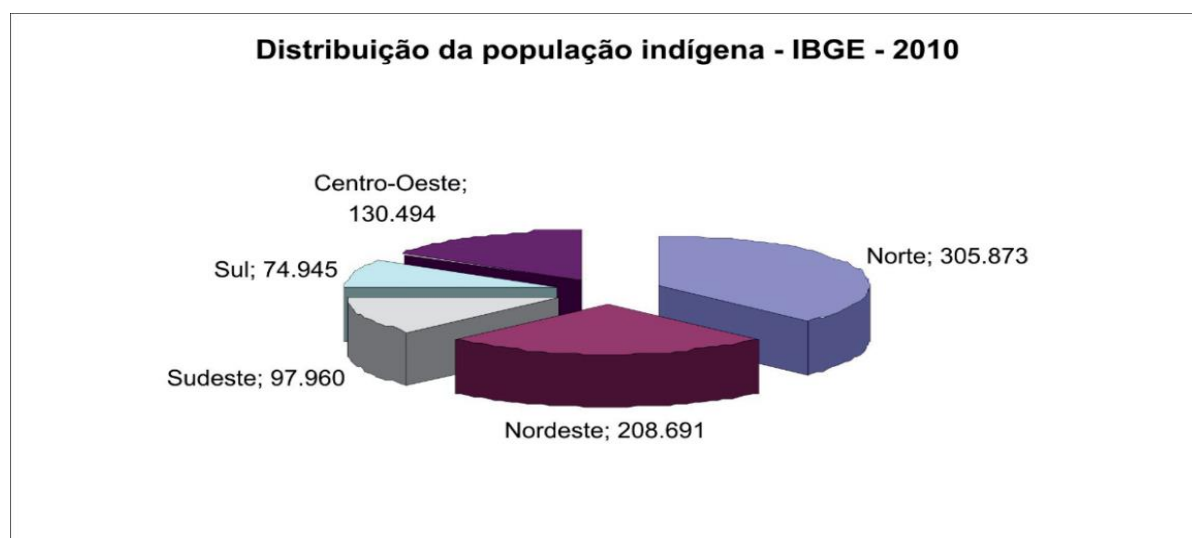


Figura 2. Distribuição da população indígena no Brasil, por regiões geográficas.

<sup>1</sup> O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística realiza o Censo Demográfico, no Brasil, a cada dez anos. O último Censo foi realizado em 2010, dado o contexto da pandemia por COVID-19 que impossibilitou a sua efetivação em 2020. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=series-historicas>.

*Nota.* Fonte: FUNAI (2020).

Há registros de grupos indígenas que reivindicam o direito ao reconhecimento da identidade indígena. Os critérios para esse reconhecimento, sob a responsabilidade da FUNAI, passam pela auto declaração consciente da condição de indígena e, pelo reconhecimento dessa condição pelo seu grupo de origem:

Dessa forma, não cabe ao Estado reconhecer quem é ou não indígena, mas garantir que sejam respeitados os processos individuais e sociais de construção e formação de identidades étnicas. Os critérios adotados pela FUNAI se baseiam na Convenção 169 da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais, promulgada integralmente no Brasil pelo Decreto nº 5.051/2004, e no Estatuto do Índio. (FUNAI, 2020)

A estrutura oficial para atender à saúde dos povos indígenas, residentes em áreas indígenas, conta com 34 DSEI. Esses Distritos dispõem de Equipas Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela prestação de serviços de atenção primária à saúde dessas populações. A atenção básica à saúde aqui se equipara à definição de atenção primária à saúde, conforme consta na Portaria n.º 2.436 (2017), como sendo:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A regulamentação da composição das EMSI consta da Portaria n.º 1.088, de 2005, que estabeleceu um número mínimo de 6 categorias profissionais por equipa, para atuar no âmbito da atenção primária de saúde: “Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário, Agente Indígena de Saúde – AIS, Agente Indígena de Saneamento – AISAN” (Portaria n.º 1.088, 2005).

A Portaria n.º 1.088/2005 assegurou a ampliação das equipas, com a instituição do Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena, para atuação nos DSEI, prevendo a possibilidade de incluir outros profissionais, a depender da “situação epidemiológica e necessidades de saúde.” As EMSI seriam organizadas em núcleos, para atender a um determinado território e articular a assistência à saúde, segundo a complexidade e as condições epidemiológicas de cada território. Os núcleos foram definidos em 3 grupos: I – Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena, II – Núcleo de Referência de Atenção Básica à Saúde Indígena e, III - Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) são profissionais indígenas que compõem as EMSI, mediante a participação em ações de formação e capacitação. Os critérios de seleção dos AIS e AISAN incluem a indicação da sua comunidade, residir no local onde irão trabalhar, pertencer à sociedade com a qual vão trabalhar



e, não possuir outro vínculo de emprego (Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – SIASI, 2019).

A participação dos AIS e AISAN nas EMSI assume relevância na interlocução entre a comunidade indígena e os demais profissionais, na abordagem de temas relacionados com a saúde e o saneamento, respectivamente. Isso ocorre em virtude dos limites impostos pelas barreiras linguísticas e pelos aspectos interculturais, posto que os indígenas inseridos nas equipes, dentre outras atribuições, atuam como tradutores articulando as informações e interagindo com os seus pares.

## **2. Os recursos para a saúde indígena e os mecanismos de controle e acompanhamento**

### **2.1. O financiamento das ações de atenção à saúde indígena**

A transferência dos recursos financeiros do gestor federal para custear a saúde indígena foi regulamentada pela Portaria n.º 1.163, de 1999, que instituiu o fator “de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde” e o “Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena” (Portaria n.º 1.163, 1999).

O primeiro incentivo denominado Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas (IAB-PI) previa a transferência de recursos financeiros do governo federal, para Estados e Municípios contratarem equipes multidisciplinares para atuar na atenção à saúde das comunidades indígenas. Tal contratação também poderia ser viabilizada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que, na altura, era a gestora da saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde, por intermédio de convênios.

O segundo incentivo objetivava financiar o atendimento para indígenas atendidos em unidades hospitalares, nos municípios do entorno das áreas indígenas, no âmbito do seu próprio território ou região de saúde de referência. Os recursos transferidos poderiam ser investidos na melhoria e adaptação das instalações físicas, para assegurar melhor atendimento aos indígenas, durante algum procedimento em ambiente hospitalar, levando-se em consideração as suas especificidades etnoculturais.

Em 2007, a transferência dos recursos federais para custear as ações e serviços de saúde passou a ser feita, segundo os blocos de financiamento: “I. Atenção Básica; II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III. Vigilância em Saúde; IV. Assistência Farmacêutica; V. Gestão do SUS; e, VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde” (Portaria n.º 204, 2007).

A Portaria n.º 2.656, de 2007, regulamentou o “Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)”, destinado a custear a prestação de serviços de saúde às populações indígenas em hospitais, quando necessário (Portaria n.º 2.656, 2007).

O IAB-PI foi extinto em 2012 e, os recursos remanescentes foram regulamentados pela Portaria n.º 2.012 (2012). A utilização desses recursos foi subordinada à elaboração de um Plano de Aplicação, a ser submetido à aprovação da SESAI. O Plano de Aplicação deveria detalhar os recursos, com a participação dos entes envolvidos: a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o DSEI, o CONDISI correspondente. Os recursos poderiam ser destinados ao pagamento de despesas geradas em função da prestação de serviços de saúde às populações indígenas, durante a vigência da Portaria n.º 2.656 (2007).

A Portaria de Consolidação n.º 6, de 2017 compilou todas as normas de financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, conforme consta na Seção II do Capítulo II do Título III, da Portaria de Consolidação n.º 6 (2017).

Em 2017, a Portaria n.º 2.663 redefiniu “os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (Portaria n.º 2.663, 2017).

Em termos de valores, a título de ilustração, em 2003, os recursos totais destinados à saúde indígena foram da ordem de R\$ 198.599.348,00 e, em 2007, saltaram para R\$ 504.206.562,38 (Garnelo & Pontes, 2012). Em 2015, esses valores atingiram a soma de R\$ 1.533.659.105,00 (Mendes et al., 2018). Em 2020, os recursos destinados à saúde indígena totalizaram o valor de R\$ 1.479.998.701 e a previsão para 2021 soma o valor de R\$ 1.506.245.000<sup>2</sup>.

Ao considerarmos os anos de 2003 e 2020, constata-se que, ao longo do período, os recursos financeiros foram majorados em aproximadamente 650%, sem que tal incremento corresponda, na mesma proporção, à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dos povos indígenas. Tal fato poderá ser observado nos problemas que persistem na gestão da PNASPI, identificados nos relatórios de auditoria analisados.

## **2.2. A instituição do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS**

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS foi instituído pela Lei n.º 8.689 (1993), regulamentado pelo Decreto n.º 1.651 (1995), onde são definidas as atribuições de cada esfera de governo, concernente às ações de controle, conforme a abrangência: federal, estadual e

---

<sup>2</sup> Informações disponíveis em: <https://portalfns.saude.gov.br/>

municipal. No contexto de reestruturação do Ministério da Saúde, após a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), as ações de controle, no âmbito federal, ficaram a cargo do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA), criado pela Lei n.º 8.689, de 1993 (Decreto n.º 1.651, 1995)

O Decreto n.º 1.651 estabeleceu a atuação do SNA, em relação às ações e serviços prestados pelo SUS, para verificar a sua conformidade em relação aos padrões normativos estabelecidos; avaliar a adequação da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos quanto aos parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade; e, analisar a regularidade dos procedimentos praticados na implementação das políticas de saúde pública (Decreto n.º 1.651, 1995).

O SISAUD foi instituído pela Portaria n.º 2.209 (2002), para sistematizar os dados e informações das ações de controle, produzidas pelo componente federal do SNA e, componentes provinciais e municipais habilitados. Ao DENASUS, coube a gestão do sistema informatizado, atualmente, sob a responsabilidade da Coordenação de Disseminação do Conhecimento do Sistema Nacional de Auditoria (CODIC/DENASUS).

Até o ano de 2006, o sistema não integrava à rede mundial de computadores. A Portaria n.º 1.467 (2006) buscou uniformizar os processos de trabalho executados pelos três componentes de auditoria (federal, provincial e municipal). A partir de então, o SISAUD passou a ser denominado SISAUD/SUS e, em 2008, foi disponibilizado via *internet*.

Em 2015, foi disponibilizada uma nova versão, numa plataforma mais atualizada e, no momento, em reavaliação e planeamento para correções e evoluções, face à sua modernização e integração com outros sistemas estratégicos, detentores de base de dados, necessários ao cruzamento de informações, que favoreçam maior agilidade na execução das ações de controle, de competência do DENASUS.

As atividades de controle podem melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo SUS. No âmbito do SNA, as auditorias podem “detetar falhas, irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS, desde que realizadas observando-se princípios, métodos e técnicas apropriados” (Ministério da Saúde, 2017b, p. 9).

A auditoria é considerada um instrumento de avaliação da gestão pública, frente à aplicação dos recursos, em relação aos serviços prestados à população. Segundo o TCU, a auditoria:

é o exame independente e objetivo de uma situação ou condição, em confronto com um critério ou padrão preestabelecido, para que se possa opinar ou comentar a respeito para um destinatário predeterminado. (Portaria-TCU n.º 185, 2020)

A avaliação de políticas públicas insere-se no rol de competências do Assistente Social. Segundo a Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão de Assistente Social, dentre as suas competências estão a elaboração, implementação, execução e avaliação de “políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares.” (CFESS, 2019, p. 31)

A qualidade de uma auditoria requer a realização de um processo sistemático, documentado, com independência para avaliar os fatos objetivos. Partindo das evidências, comprova-se ou não a existência de discrepâncias entre a situação real e a ideal. Identificada uma constatação, a avaliação resulta na elaboração de um relatório técnico, onde são apresentados os elementos que compõem a auditoria: objetivo, escopo, extensão e limitações, constatações, passando pelas recomendações e conclusões.

O Glossário de Termos do Controlo Externo, editado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), define que uma constatação equivale a um achado de auditoria que, por sua vez, configura um fato relevante, passível de registro e de avaliação:

constituído por quatro atributos essenciais: situação encontrada (ou condição), critério de auditoria (como deveria ser), causa (razão do desvio em relação ao critério) e efeito (consequência da condição). Decorre da comparação da situação encontrada com o critério de auditoria e deve ser comprovado por evidência de auditoria (NAT). (Portaria-SEGCEX n.º 27, 2017)

Conforme definição do Glossário do TCU, a auditoria de conformidade constitui-se numa atividade de:

avaliação independente para determinar se um dado objeto está em conformidade com normas aplicáveis identificadas como critérios. Auditorias de conformidade são realizadas para avaliar se atividades, transações financeiras e informações cumprem, em todos os aspectos relevantes, as normas que regem a entidade auditada (ISSAI 100 e 400). (Portaria-SEGCEX n.º 27, 2017)

O Manual de Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde, publicado em 2017, estabelece que a análise de uma demanda passível de resultar numa ação de auditoria, requer o preenchimento de critérios, tais como: interesse público, materialidade, relevância e oportunidade (Ministério da Saúde, 2017b).

Os elementos que compõem o processo de auditoria, incluem a observância de 7 etapas, com fluxos e prazos, que podem se resumir em: planeamento da auditoria; fase de execução *in loco*; elaboração do relatório preliminar; notificação dos responsáveis para apresentação de justificativas: direito ao contraditório; análise das justificativas apresentadas pela auditado; elaboração e, encaminhamento do relatório final.

A realização de uma auditoria compreende as fases: analítica, operativa e elaboração do Relatório Final. Na fase inicial, são definidos os procedimentos para a realização de uma

auditoria, as tarefas a ser executadas. Aqui, definem-se os elementos determinantes como o objetivo, questões identificadas para a consecução do objetivo definido, a metodologia, o período de abrangência auditado, localidades e unidades organizacionais, objeto de inspeção e, processos e atividades que serão alvo de exame (Ministério da Saúde, 2017a).

As ações de auditoria em saúde não se constituem atividades exclusivas de uma determinada profissão, mas envolve procedimentos que podem incluir diferentes perspectivas profissionais. Cada auditor vai desempenhar a atividade de auditar, fiscalizar, analisar, avaliar e identificar as situações regulares ou irregulares, independentemente, da sua formação profissional, ainda que o faça a partir dos fundamentos que fundamentam a sua profissão.

As auditorias em saúde requerem uma atuação multidisciplinar, a depender do escopo da análise e abrangem aspectos das diversas áreas da saúde, além de abordar temas diversos: econômicos, financeiros, jurídicos, contábeis e administrativos.

### **3. A metodologia desenvolvida e os resultados identificados na análise**

#### **3.1. Notas metodológicas e recolha dos dados**

A decisão para estudar esse tema decorreu do trabalho como assistente social, no âmbito da política de saúde indígena, inicialmente, na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/MS), no período de 2004 a 2010 e, posteriormente, na SESAI/MS, entre 2011 e 2017. A partir de 2017 aos dias atuais, a atuação profissional passou a ser efetivada junto ao DENASUS/MS.

Na PNASPI, o trabalho desenvolveu-se na área de capacitação e educação permanente, na condução do processo de formação e preparação das Equipas Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); no acompanhamento das ações de controlo social na saúde indígena, em nível nacional e, por último, junto à Casa de Saúde do Índio, localizada em Brasília, Distrito Federal, capital do Brasil.

A atuação profissional no DENASUS/MS envolve um trabalho multidisciplinar, cujas atividades não são atribuições específicas de determinada área profissional. O trabalho requer a intervenção profissional diversificada, que extrapola a área da saúde e supõe habilidades e competências para analisar as políticas de saúde financiadas com recursos públicos de origem federal.

Ante a decisão de realizar uma análise das ações de controlo efetuadas pelo DENASUS, no âmbito da PNASPI, foi encaminhada uma solicitação à Coordenação de Sistemas de Auditoria (COSAUD/DENASUS), dados disponíveis no SISAUD/SUS, que pudessem servir de elementos para um possível estudo.

Em mensagem eletrônica enviada à COSAUD/DENASUS, em outubro de 2018, foram requeridas informações sobre as ações de controle que tiveram como escopo a atenção à saúde indígena, no período de 2008 a 2018, com base nos dados contidos no SISAUD/SUS. (Anexo 3).

O presente estudo recorreu aos dados dos relatórios das auditorias realizadas pelo DENASUS, sobre a temática da saúde indígena, constantes no SISAUD/SUS, disponibilizados pela COSAUD/DENASUS. Após o levantamento, a Coordenação disponibilizou um arquivo contendo 21 auditorias, cuja pesquisa foi feita no SISAUD/SUS, buscando pelos termos: ÍNDIO, INDÍGENA, DSEI ou DISTRITO SANIT.

O objeto de análise do estudo são os relatórios das ações de auditoria, com foco na saúde indígena e, os seus possíveis contributos para a melhoria da gestão da saúde indígena, enquanto política pública, inserida no SUS.

A análise qualitativa foi estruturada a partir dos relatórios de auditorias realizadas pelo DENASUS, no período 2008 a 2018, cujo escopo da atividade relaciona-se à política pública, voltada ao atendimento à saúde dos povos indígenas, no Brasil.

O recorte temporal referente ao período do levantamento solicitado à COSAUD/DENASUS, entre 2008 e 2018, deveu-se ao fato de que, a partir de 2008, o SISAUD ter passado a funcionar em ambiente da rede de *internet*, o que constituiu um elemento facilitador para a recolha dos dados, objeto de análise do estudo.

Na análise, foram abordadas as “constatações”, as quais podem estar em acordo ou em desacordo com as normas instituídas. Quando em desacordo, são consideradas irregulares e, a estas são indicadas “recomendações”, nomeadamente, medidas apontadas para corrigir as irregularidades. O cumprimento das recomendações pode resultar na melhoria e aperfeiçoamento da gestão da política de atenção à saúde dos povos indígenas.

Assim, foram utilizadas as constatações organizadas conforme o ‘grupo de constatação’ e, em cada grupo, utilizou-se o item de constatação, presente na estrutura do relatório. A descrição das constatações e a sua catalogação, são de responsabilidade de cada equipa de auditoria, podendo variar entre um e outro relatório, a depender de como foi concebido por cada equipa.

A operacionalização do SISAUD/SUS baseia-se na Portaria n.º 1.467 (2006), que instituiu o SISAUD/SUS, via *internet*. A inserção dos dados no sistema é orientada pelo “Manual do Usuário do Sistema de Auditoria do SUS - SISAUD/SUS”. Conforme as orientações desse manual, os relatórios são gerados com base no preenchimento de campos definidos. No campo da constatação, ocorre o registo dos “fatos e atos, que poderão ser

conformes ou não, onde foram obtidas evidências relacionadas à atividade em execução, a fundamentação legal, a justificativa e análise da justificativa do auditado e as recomendações, se houver”<sup>3</sup>.

Os campos previstos para preenchimento no SISAUD/SUS são os seguintes: unidades visitadas, tópicos (onde poderão ser classificadas/agrupadas as constatações), grupo, sub-grupo, item, ordem, constatação, evidência, fonte da evidência, conformidade, responsável, corresponsável, justificativa da entidade, análise da justificativa, acatado, recomendação e destinatário. Outro campo é destinado a identificar os elementos relativos a ressarcimento de recursos, quando indicado (Anexo 4).

A partir desses dados, foram extraídas as informações do SISAUD/SUS, disponibilizadas para viabilizar o presente estudo. A análise considerou as constatações irregulares e a identificação, segundo os *grupos e itens de constatação*. O enquadramento e organização das constatações é competência de cada equipa responsável pelas auditorias e, nesse aspeto, não interferimos, apenas relacionamos.

A seguir, analisaremos as informações relacionadas às constatações e recomendações, classificadas por grupo e, em cada grupo, por item de constatação, conforme especificação dos relatórios de auditoria analisados.

### **3.2. O que dizem os dados dos relatórios das auditorias**

Os dados extraídos do SISAUD-SUS, disponibilizados para esse estudo, compõem um total de 21 auditorias que resultaram em 557 constatações. Conforme a análise das informações obtidas, 15% das constatações foram consideradas em conformidade com os dispositivos institucionais vigentes e, 85% foram consideradas “não conforme”, contrariando, em alguma medida, os critérios legais estabelecidos, gerando uma recomendação para corrigir e sanar as irregularidades encontradas.

As auditorias foram realizadas na Província do Pará, localizada na Região Norte do Brasil (Anexo 5). As instituições auditadas foram as seguintes: DSEI Guamá-Tocantins (Anexos 6 e 7); DSEI Kaiapó do Pará (Anexo 8); DSEI Altamira (Anexo 9); Secretaria Municipal de Saúde de Redenção; Câmara Municipal de Ourém/Hospital Municipal Luiz Carlos de Sousa; Secretaria Municipal de Saúde de Belém; Câmara Municipal de Santa Luzia do Pará; Secretaria Municipal de Saúde de Altamira; Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas; Câmara

---

<sup>3</sup> Manual do Usuário do Sistema de Auditoria do SUS - SISAUD/SUS, elaborado pelo DENASUS para orientar o usuário a “navegar” na nova versão do SISAUD, desenvolvido para o ambiente da rede mundial de computadores conhecida como internet. Acesso em <http://sna.saude.gov.br/sisaudsus.cfm>.

Municipal de Bom Jesus do Tocantins; Secretaria Municipal de Saúde de Tucuruí; Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia do Pará; Secretaria Municipal de Saúde de Capitão Poço; Secretaria Municipal de Saúde de Tomé Açu; Câmara Municipal de Baião; Secretaria Municipal de Saúde de Santarém e Secretaria Municipal de Saúde de Oriximiná.

Segundo a finalidade das auditorias analisadas: 48% avaliou a atenção primária à saúde (atenção básica); 14% verificou contratos firmados pelos DSEI, em especial, de locação de veículos e contratação de motoristas; 4,75% realizou auditoria de gestão; 4,75% avaliou a qualidade dos serviços prestados à comunidade; 4,75% atendeu solicitação do TCU; 4,75% avaliou a assistência à saúde; 4,75% apurou a depreciação do Hospital Municipal; 4,75% avaliou a rede de saúde de média complexidade (MC), regulação e aplicação dos recursos financeiros; 4,75% analisou o Pregão<sup>4</sup> Eletrônico SRP 11/2013, que contratou empresa para fornecimento de refeições; e, 4,75% verificou indícios de irregularidades na aplicação de recursos e serviços prestados pelo DSEI/CASAI.

Em relação ao solicitante que deu origem às auditorias, 66% foi requerida pelo nível central do Ministério da Saúde: SESAI, Gabinete do Ministro ou o DENASUS. O Ministério Público Federal foi responsável pela solicitação de 19% das auditorias e, as demais, foram provocadas pelo Ministério Público Estadual (5%), TCU (5%) e, pela CGU (5%).

### **3.3. Irregularidades identificadas nas Auditorias**

Nas auditorias analisadas foram identificadas 557 constatações, sendo 85 identificadas em conformidade com as normativas legais estabelecidas e, 472 situações irregulares, caracterizando-se como inconformidades.

Selecionadas as constatações relacionadas à saúde indígena, identificou-se 424 registros, dos quais, 66 em acordo com os parâmetros de legalidade institucional vigente e, 358 consideradas irregulares. A condição irregular requer a indicação de procedimentos encaminhados aos respectivos gestores e responsáveis, para sanar as impropriedades encontradas. Estes procedimentos são as chamadas recomendações.

Segundo o entendimento de cada equipe de auditoria, as inconformidades identificadas são organizadas por “grupo de constatação” e, cada grupo é subdividido por “item de constatação”.

---

<sup>4</sup> Segundo a Lei 14.133, de 1º/04/2021, no Art. 6º, Capítulo III, Das Definições, o Pregão é uma “modalidade de licitação obrigatória para aquisição de bens e serviços comuns, cujo critério de julgamento poderá ser o de menor preço ou o de maior desconto”, que pode ser realizado presencial e por meio eletrônico.



Nas constatações, observa-se uma sobreposição ou repetição, segundo o enquadramento encontrado nos relatórios. A análise considerou todos os dados, seguindo-se os critérios de inserção utilizados pelas equipas de auditoria, mesmo que se repitam nos diversos grupos de constatação.

A distribuição das constatações por grupo foi organizada segundo os temas: *recursos financeiros* (34,92%), seguido de problemas no âmbito da *atenção básica* (27,09%), *assistência farmacêutica* (9,50%); *controles internos* (7,26%); *programas estratégicos* (5,03%); *regionalização, planeamento e programação* (4,75%); *vigilância em saúde* (4,47%); *controlo social* (3,63%); *recursos humanos* (1,95%); *assistência de média e alta complexidade – MAC* (1,40%), conforme a Tabela 1.

**Tabela 1**

*Distribuição das irregularidades relacionadas à saúde indígena, por Grupo de Constatação*

<b>Grupo Constatação</b>	<b>Não Conforme</b>
Recursos Financeiros	125
Atenção Básica	97
Assistência Farmacêutica	34
Controles Internos	26
Programas Estratégicos	18
Regionalização, Planeamento e Programação	17
Vigilância em Saúde	16
Controlo Social	13
Recursos Humanos	7
Assistência de MAC	5
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>

Nota. MAC - Média e alta complexidade.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

Os registos identificados por cada *grupo de constatação* desdobraram-se em *subgrupo de constatação* e, na sequência, em *item de constatação*. Nessa análise, foram avaliados os problemas discriminados por *item de constatação*, constante na estrutura dos relatórios de auditoria, em face da inserção dos dados, realizada por cada equipe de auditores. O critério de definição das categorias para a análise dos dados foi a identificação das irregularidades, segundo o *item de constatação* e como elas são apresentadas nos relatórios de auditoria.

### 3.3.1. Identificação de irregularidades por grupo de constatação

#### I) Recursos Financeiros

Sob o tema *recursos financeiros*, segundo a categorização por *grupo de constatação*, foram identificadas irregularidades nos *itens de constatação*, discriminados na Tabela 2.

**Tabela 2***Constatações referentes a recursos financeiros*

<b>Item Constatação</b>	<b>Quantidade</b>
Comprovação da Despesa	36
Contrato de Empresa	31
Procedimento (Licitação <sup>1</sup> )	16
Movimentação Financeira	14
Prestação de Contas (Execução Orçamentária)	7
Pagamento (contrato)	6
Estruturação/Fundamentação Legal	3
Gestão (Execução Orçamentária)	3
Aquisição de Materiais e equipamentos (Licitação)	2
Julgamento (Licitação)	2
Formalização (Convênio)	2
Registros Contábeis (Execução Orçamentária)	1
Habilitação (Licitação)	1
Prestação de Contas ao Concelho Municipal de Saúde	1
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>

*Nota.* 1. A Lei n.º 12.349 (2010) estabelece que “a licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos”.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

**a) Comprovação da Despesa**

No item *comprovação da despesa* foram encontradas as seguintes irregularidades: pagamentos indevidos com recursos do IAB-PI, para custear: despesas administrativas da entidade contratada para prestação de serviços, locação da sede do Polo Base de Saúde Indígena, alimentação, fretes de veículos, serviços gerais prestados à associação indígena, manutenção do portão e reforma do Polo Base Indígena; transferências bancárias indevidas, feitas sem documentos comprobatórios; aquisições de bens e serviços comuns sem procedimento licitatório e sem comprovação administrativa da sua efetiva realização; gastos efetuados sem observância das fases de despesas, empenho, liquidação e pagamento; despesas com combustível comprometendo 92,51% do recurso disponível, no período avaliado, além da aquisição de combustível não compatível com a frota de veículos existente; ausência de documentação comprobatória das despesas realizadas; quando apresentada a documentação comprobatória, foram identificadas impropriedades na aplicação dos recursos; realização de reforma e ampliação da CASAI, pelo Instituto conveniado com a Secretaria Municipal de Saúde para gerir os recursos do IAB-PI, sem documentos comprobatórios das medições, nem

informações sobre o fiscal do contrato e o projeto básico estava incompleto; não foram disponibilizadas as Folhas de Pagamentos da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI, para apreciação dos auditores.

#### **b) Contrato de Empresa**

O item *contrato de empresa* revelou problemas relacionados com a prestação dos serviços de manutenção preventiva e corretiva do prédio do Polo Base; precária fiscalização dos contratos; atuação deficiente do fiscal do Contrato, não vinha sendo efetuada *in loco*, resultando na execução de serviços aquém das normas contratuais; Termo de Contrato de Convênio firmado em desacordo com a legislação; fornecimento de alimentação aos indígenas em tratamento na CASAI, em divergência com cláusulas contratuais; locação do imóvel sede do Polo Base sem cobertura contratual; dificuldade dos indígenas ao acesso a medicamentos não integrantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para Saúde Indígena; falhas na elaboração dos termos do contrato para locação de veículos e motoristas, acarretando contratação antieconômica, adequação posterior dos valores contratados, sem a formalização de termo legal, motoristas apresentavam-se para trabalhar sem uniforme e sem crachás de identificação, a empresa contratada não credenciou o representante formal para acompanhamento das atividades junto ao DSEI; descumprimento de itens constantes do Termo de Referência<sup>5</sup>; pagamentos com contratos suspensos temporariamente, sem a formalização de termo aditivo; e, o DSEI não assumiu a execução das atividades administrativas, da sua competência.

#### **c) Procedimento de Licitação**

Em relação ao item *procedimento de licitação* as constatações apontaram irregularidades na realização de certame na modalidade de Pregão Presencial, que ocorreu em desacordo com a legislação em vigor; utilização indevida de dotação prevista no orçamento, proveniente do IAB-PI, para efetuar pagamento sem previsão legal; instituição conveniada para gerir recursos do IAB-PI junto à Secretaria Municipal de Saúde promoveu licitações na modalidade de Pregão Presencial, com irregularidades na formalização do processo, para promover a aquisição de material de consumo médico-hospitalar, de materiais de limpeza, de suprimentos de informática (material de consumo), de material de expediente, de equipamentos de informática,

---

<sup>5</sup> Segundo a Lei 14.133, de 1º/04/2021, no Art. 6º, Capítulo III, Das Definições, o Termo de Referência é o “documento necessário para a contratação de bens e serviços”, com parâmetros e elementos descritivos a serem observados.

de medicamentos, de veículos, contratação de serviços médicos e laboratoriais, manutenção de veículos, contratação de empresa para prestar serviços de locação de veículos por tempo determinado, contratação de serviços de assessoria e consultoria contábil, através da dispensa de licitação, contrariando a legislação; e, a composição dos processos de licitação do DSEI, para aquisição de bens e serviços, organizados com impropriedades.

#### **d) Movimentação Financeira**

No item *movimentação financeira* tem-se a identificação de situações como ordenação de despesas na Secretaria Municipal de Saúde, em desacordo com a lei que criou o Fundo Municipal de Saúde; o DSEI movimentou recursos do fundo de saúde, sem comprovação bancária; o gestor municipal da saúde efetuou descontos previdenciários nos salários dos profissionais das EMSI, sem comprovação de recolhimento junto ao órgão competente; repasse de recursos financeiros do IAB-PI, pelo Fundo Nacional de Saúde à Secretaria Municipal de Saúde, desconsiderando a exigência de cadastro e atualização regular do registro das unidades de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); inexistência de contrato de prestação de serviços de manutenção de veículos para a frota do Polo Base; ausência de comprovantes bancários das movimentações financeiras; aplicação de saldo remanescente do IAB-PI, do período de 2006 a 2012, sem observar a legislação; instituição conveniada para prestar serviços à saúde indígena formalizou processo de licitação com irregularidades: contratação de serviços de pregoeiro<sup>6</sup>, com dispensa de licitação; contratação, por pregão, de empresa prestadora de serviços de locação de veículos por tempo determinado.

#### **e) Prestação de Contas**

Em relação à execução orçamentária, o item *prestação de contas* aponta as irregularidades: pagamentos indevidos com recursos do IAB-PI; pagamentos relativos ao fornecimento de combustíveis, sem a comprovação da quantidade fornecida e respectivos veículos abastecidos; pagamento de serviços funerários de indígenas do município, não previsto na legislação; prestação de contas do município enviada ao Tribunal de Contas dos Municípios (TCM) fora do prazo; inexistência de documento comprobatório da SMS, enviando as Prestações de Contas ao Concelho Local de Saúde Indígena (CLSI).

---

<sup>6</sup> Segundo o Portal de Compras Públicas: “O pregoeiro é um profissional designado por autoridade competente para fazer a condução de licitações na modalidade de pregão eletrônico”. [https://www.portaldecompraspublicas.com.br/18/Noticias/PregoeiroOGuiaCompletoSobreAProfissao\\_1093/](https://www.portaldecompraspublicas.com.br/18/Noticias/PregoeiroOGuiaCompletoSobreAProfissao_1093/)

**f) Pagamento relativo a contratos**

O item *pagamento* dos serviços contratados apresentou irregularidades quanto à realização insatisfatória da limpeza e conservação da CASAI; o fornecimento de refeições destinadas aos indígenas e acompanhantes em tratamento na CASAI, sem a observância das condições do Termo de Referência; empresa contratada para recrutamento de recursos humanos não impediu a carência de pessoal em algumas áreas; entidade conveniada com a SMS para oferecer serviços à saúde indígena firmou contrato para a prestação de serviços médicos e exames laboratoriais, aos pacientes do CASAI, mas não apresentou documentos que comprovassem os atendimentos: relação de utentes, exames realizados, solicitação médica para tais exames, laudos dos exames realizados, impedindo a identificação do quantitativo de exames e pagamentos efetuados; a instituição realizou 02 processos de licitação na modalidade de Pregão Presencial, sem especificar o objetivo da contratação, nem as formas de controle de tráfego e de quilometragem, na contratação de serviços de transportes, além de contratar partes dos serviços sem licitação; empresas contratadas pelo DSEI atuavam em descumprimento das cláusulas contratuais.

**g) Estruturação/fundamentação legal**

Os registros do item *estruturação/fundamentação legal* apontaram as seguintes impropriedades: Fundos Municipais de Saúde não possuíam Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) próprio; e, a Lei Orçamentária Anual (LOA) do município, referente ao exercício de 2011, não garantiu dotação orçamentária para à saúde indígena.

**h) Gestão da execução orçamentária**

O item que trata da *gestão da execução orçamentária* reitera que o DSEI não assumiu a execução das atividades administrativas, da sua competência; a gestão dos recursos do IAB-PI repassados para o Fundo Municipal para a saúde indígena era realizada por uma associação indígena e, não pelo gestor municipal; a ordenação das despesas era efetuada em desacordo a Lei de Criação do Fundo Municipal de Saúde.

**i) Aquisição de materiais e equipamentos**

O item referente à *aquisição de materiais e equipamentos* por meio de licitação indica que foram adquiridos equipamentos e materiais permanentes com recursos públicos, mas não foram incorporados ao patrimônio da entidade licitante e, reitera a afirmação de contratos firmados para a aquisição de bens e serviços em desacordo com a legislação vigente.

**j) Julgamento relativo à licitação**

O item sobre *julgamento relativo à licitação* identificou impropriedades constantes no Pregão Eletrônico - PE nº 11/2013 (25055.000.206/2013-58) e divergências entre o pregoeiro e a autoridade competente quanto ao entendimento relativo à adjudicação e homologação.

**l) Formalização do convênio**

Já o quesito *formalização do convênio* apontou que a Secretaria Municipal de Saúde firmou convênio com associação indígena, sem observar a legislação vigente, efetuou pagamento de horas extras sem comprovação e, não disponibilizou os critérios de escolha de duas Organizações Sociais (OS) para gerir os recursos destinados à saúde indígena.

**m) Registos contábeis**

No item *registros contábeis* relacionados à execução orçamentária, a equipa de auditoria identificou a inadequação dos sistemas de controlo e/ou os formulários, do fluxo para a solicitação e distribuição de bens e das condições de estocagem e armazenamentos dos materiais adquiridos.

**n) Habilitação referente à licitação**

Outro apontamento da auditoria, no item *habilitação*, constatou que a instituição conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde para gerir os recursos financeiros destinados à saúde indígena, promoveu a realização de licitação na modalidade de Pregão Presencial, sem observar a legislação em vigor.

**o) Prestação de contas ao concelho**

No item *prestação de contas ao concelho*, a auditoria não identificou documento comprovando o envio da prestação de contas do exercício de 2011, ao Concelho Municipal de Saúde respetivo, conforme define a legislação pertinente.

**II) Atenção Básica**

Em relação à *atenção básica*, que equivale à atenção primária à saúde, as irregularidades apontadas nos itens elencados na Tabela 3.

**Tabela 3**

*Constatações referentes à atenção básica*

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Item Constatação	Quantidade
Outras Atividades (Visitas/Rotinas/Acolhimento)	26
Estrutura Física	20
Recursos Materiais	15
Composição das Equipas	9
Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação	7
Capacitação	6
Atendimento à demanda/clientela estimada	5
Carga Horária	4
Recursos Humanos	3
Indicadores AB	1
Registos/Cadastro	1
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>

Nota. AB – Atenção básica.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

### a) Visitas / Rotinas / Acolhimento

Nesse quesito foram registradas as inconsistências: inexistência de atividades de educação em saúde, produção artesanal, terapia ocupacional e lazer para pacientes e acompanhantes, na CASAI; indisponibilidade de medicamentos e equipamentos necessários ao atendimento de urgências de baixa complexidade nos Postos de Saúde nas aldeias; inexistência de cardápio específico e dieta para pacientes e crianças menores de 01 ano e, quantidade de alimentos insuficiente, na CASAI; ações básicas de saúde inexistentes ou incipientes, realizadas pelas EMSI, por falta de profissionais; as ações de prevenção e controlo das doenças não são desenvolvidas pelas EMSI; falta de ações de saneamento nas aldeias indígenas; falta de resolutividade das ações básicas de saúde no Polo Base; inexistência de material de coleta para exame de Prevenção do Câncer de Colo Uterino (PCCU); as ações desenvolvidas pela EMSI não contemplam os pressupostos preconizados pela PNASPI; elevada ocorrência de internações por doenças inerentes à atenção primária, na população indígena, no período avaliado; e, insuficiência de profissionais das EMSI, para prestar assistência à saúde das populações nas aldeias.

### b) Estrutura Física

Em relação à *estrutura física* da atenção básica na saúde indígena, foram constatadas as seguintes irregularidades: estrutura física da CASAI, do Polo Base e do Posto de Saúde, em condições precárias de funcionamento e habitabilidade, em relação à conservação e higiene, incompatível com o previsto em legislação, não dispondo de infraestrutura adequada ao atendimento à saúde da população indígena; ausência de registo dos Postos de Saúde Indígena

no CNES; e, não funcionamento do consultório odontológico do Posto de Saúde Indígena da aldeia.

### **c) Recursos Materiais**

No item em que foram agrupadas as irregularidades sobre *recursos materiais*, as auditorias identificaram: inexistência de dieta diferenciada e/ou especial aos pacientes, na CASAI; falta de equipamentos, materiais e insumos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde realizadas pelas EMSI, nos Postos de Saúde Indígena e Polos Base, nas aldeias; equipamentos e mobiliários do Posto de Saúde Indígena da aldeia encontram-se em precárias condições de uso; indisponibilidade de medicamentos e equipamentos ao atendimento de urgências de baixa complexidade nos Postos de Saúde e Polo Base indígenas nas aldeias; falta de materiais e equipamentos destinados ao atendimento odontológico da população indígena; ausência de material para coleta de exames necessários à PCCU; falta de suporte administrativo do DSEI ao Polo Base Indígena; falta de equipamentos, mobiliário e insumos necessários ao desenvolvimento das atividades administrativas e assistenciais no Polo Base; Posto de enfermagem da CASAI apresenta infraestrutura inadequada e deficiência de equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento das atividades assistenciais.

### **d) Composição das Equipas**

No âmbito da atenção básica, em relação à *composição das equipas*, foram identificadas as situações: constituição das EMSI incompletas, em desacordo com a legislação vigente, quanto ao número de profissionais; a ausência de capacitação para os componentes das EMSI; a escala de trabalho de membros da EMSI é realizada de modo a incluir quinze dias na aldeia, cinco dias no Polo Base, folgando dez dias por mês.

### **e) Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação**

Em relação ao *monitoramento, acompanhamento e avaliação*, destacam-se irregularidades, como: ausência de ações de acompanhamento, supervisão, avaliação e controlo de ações de saúde, de saneamento e controlo de qualidade da água, por parte do DSEI, no âmbito dos Polos Base; atuação dos DSEI em desacordo com as diretrizes da legislação, em relação à assistência à saúde com base na integralidade e na continuidade do cuidado da saúde indígena.

### **f) Capacitação**



Sobre esse quesito, as auditorias apontaram a ausência de *capacitação* ou comprovação da sua realização, para os profissionais de saúde que atuam nas EMSI, nos Polos Base e Postos de Saúde nas aldeias.

**g) Atendimento à demanda/clientela estimada**

Sobre o *atendimento à demanda em relação à clientela estimada*, foi verificada a inexistência, ausência ou incipiência das ações de saúde bucal disponibilizadas para a assistência à população indígena nos Polos Base.

**h) Carga Horária**

Em se tratando da *carga horária*, as auditorias apontaram o descumprimento da jornada de trabalho ou o cumprimento em desacordo com o previsto em Edital de Seleção, por parte dos profissionais das EMSI que atuam nos Postos de Saúde Indígena nas aldeias.

**i) Recursos Humanos**

As auditorias relataram que os *recursos humanos* existentes na CASAI são incompatíveis com as atividades sob a sua responsabilidade; o quantitativo de funcionários lotados na CASAI divergente do encontrado durante visita da equipa de auditoria; e, deficiência nos serviços de limpeza e conservação do Polo Base e ausência de empresa especializada para prestação destes serviços.

**j) Indicadores da Atenção Básica**

Quanto aos *indicadores da atenção básica*, foi constatado que o percentual da população indígena abaixo de 05 anos com esquema vacinal completo, não atingiu a meta prevista no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) para o exercício de 2016.

**l) Registos / Cadastro**

Foi identificada a ausência de registo do Polo Base no CNES.

**III) Assistência Farmacêutica**

Dentre as constatações relativas à assistência farmacêutica, as constatações estão relacionadas a aspectos como: armazenamento, dispensação, atendimento da demanda, responsabilidade técnica, conforme demonstrado na Tabela 4.

**Tabela 4***Constatações referentes à Assistência Farmacêutica*

<b>Item Constatação</b>	<b>Quantidade</b>
Armazenamento/Controlo de estoques/Validade	13
Atendimento à demanda/clientela estimada	8
Dispensação	3
Estrutura física	3
Recursos Humanos	2
Responsabilidade técnica	2
Estruturação/Fundamentação Legal/Plano Assistência Farmacêutica	1
Documentação/Cadastro	1
Aquisição de medicamentos	1
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>

*Nota.* Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

**a) Armazenamento / Controlo de estoques / Validade**

Concernente ao *armazenamento, controlo de estoque e validade*, dentre as irregularidades encontradas no âmbito da assistência farmacêutica, estão: a carência de medicamentos e falta de condições de armazenagem dos produtos nas farmácias dos Polos Base, com controlo de entrada e saída de medicamentos desatualizados; medicamentos armazenados juntos na farmácia, válidos e com prazo de validade vencido, sem lugar adequado para o descarte; e, inexistência de controlos de estoque de medicamentos, insumos e correlatos nos Polos Base Indígenas.

**b) Atendimento à demanda/clientela estimada**

Em referência ao *atendimento à demanda frente à clientela estimada*, as irregularidades apontadas nos relatórios de auditoria informam a existência de estoques de medicamentos em quantidade reduzida na unidade de dispensação da CASAI; dificuldade no acesso pela população indígena, a medicamentos na rede pública de saúde do Município; faltam medicamentos básicos nas unidades de dispensação dos Postos de Saúde Indígena nas aldeias; ausência de parâmetros para abastecimento de medicamentos nos Postos de Saúde Indígena e de um sistema de controlo e avaliação da assistência farmacêutica.

**c) Dispensação de medicamentos**

Sobre *dispensação*, os relatórios indicam a falta de medicamentos básicos na unidade de distribuição dos Polos Base nas áreas indígenas; ausência de capacitação para a funcionária responsável pelo desempenho das atividades de dispensação e armazenamento de medicamentos, insumos e correlatos.

**d) Estrutura física**

A respeito da *estrutura física*, as auditorias relatam a falta de infraestrutura adequada do almoxarifado para atender às necessidades dos Polos Base e da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do DSEI, apresentando deficiências materiais, bem como, inadequações quanto à estrutura física-funcional e regularidade técnica-sanitária, com vistas ao correto funcionamento.

**e) Recursos Humanos**

Quanto ao item *recursos humanos* foi constatada a inexistência de Programa de Capacitação Permanente para os profissionais do DSEI, envolvidos nas atividades que envolvem o armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, insumos, correlatos, no âmbito da assistência farmacêutica.

**f) Responsabilidade técnica**

Em se tratando da *responsabilidade técnica*, os relatórios apontaram a ausência de profissional técnico responsável pela unidade de dispensação de medicamentos nas farmácias dos Polos Base, nas áreas indígenas.

**g) Estruturação/Fundamentação Legal/Plano de Assistência Farmacêutica**

Sobre a *estruturação, fundamentação legal e plano de assistência farmacêutica*, foi identificada a ausência de acompanhamento, avaliação e/ou supervisão *in loco*, por parte do DSEI, à assistência farmacêutica básica prestada pelo Polo Base nas aldeias indígenas.

**h) Documentação/Cadastro**

Quanto à *documentação e cadastro*, identificou-se a inexistência de normas e procedimentos na etapa de recebimento de medicamentos pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do DSEI.

**i) Aquisição de medicamentos**

Houve o registo da *aquisição de medicamentos* não previstos na RENAME da Saúde Indígena, pagos com recursos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI).

**IV) Controles Internos**

Dentre as constatações relacionadas aos *controles internos*, as inconformidades apontaram situações sobre recursos humanos, atendimentos à demanda e controle de estoques, conforme a Tabela 5.

**Tabela 5**

*Constatações referentes a controles internos*

Item Constatação	Quantidade
------------------	------------

Recursos Materiais	12
Atendimento à demanda/necessidades	4
Documentação/Registos	4
Controlo de Património	3
Área física	2
Controlo de estoques/Validade	2
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>

*Nota.* Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

#### **a) Recursos Materiais**

Referente ao item sobre *recursos materiais*, os relatórios indicaram irregularidades, como: frota precária, obsoleta e insuficiente para o transporte utilizado no deslocamento da população indígena no trajeto aldeias/CASAI, CASAI/aldeias e da sede do município para a capital do Estado e vice-versa; veículos não oficiais, sem previsão da cota de combustíveis e assistência mecânica, disponibilizados pela entidade conveniada, para compor a frota dos Polos Base de Marabá; aquisições de bens e serviços sem a realização de cotação prévia de preços de mercado, desobedecendo aos princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade; controlo de quilometragem dos veículos do Polo Base, sem a apresentação de documentação comprobatória, relativa ao controlo do consumo de combustível da frota; inexistência de contrato de manutenção com oficinas da região, para atender às demandas dos veículos disponibilizados ao Polo Base; inexistência de contrato de manutenção da frota de veículos à disposição dos Polos Base, com situações em que 75% dos veículos estavam com mais de 5 anos de uso; abastecimento de combustível no Polo Base efetuado através de cartão de crédito, por intermédio do convénio com a empresa TICKTCAR, controlado pelo DSEI, sem a apresentação à Equipa de Auditoria, da documentação comprobatória quanto ao controlo de quilometragem da frota ou escala de motoristas; inexistência de empresa contratada para prestação de serviços de limpeza e conservação do imóvel; indisponibilidade de veículos específicos da SMS, destinados ao atendimento das necessidades das ações de saúde indígena da aldeia.

#### **b) Atendimento à demanda/ necessidades**

No item *atendimento à demanda e necessidades* foram apontadas impropriedades indicando a frota de veículos depreciada, obsoleta, inadequada e insuficiente para atender às necessidades da demanda dos Polos Base e das Aldeias, sendo que 64% dos carros em uso encontram-se com o Registo Nacional de Veículos (RENAVAN) vencido.

#### **c) Documentação/Registos**

Em relação à *documentação e registo*, as auditorias identificaram a ausência de documento formal de nomeação do dirigente da CASAI; veículos destinados ao atendimento do Polo Base e da CASAI, com Registo de Licenciamento de Veículo (CRLV) vencidos; bens de informática adquiridos pela entidade conveniada com a SMS foram cedidos, através do Termo de cessão de uso, quando deveriam ser doados ao DSEI; falha no preenchimento do documento utilizado como controlo de tráfego - Controlo Diário de Veículo Oficial da SESAI - pelos motoristas condutores dos veículos e avaliados pelo fiscal do contrato ou responsável técnico do Polo Base correspondente.

#### **d) Controlo de Património**

Sobre o item *controlo de património* foram apontadas as irregularidades: a frota de veículos destinada ao atendimento das ações de saúde indígena, composta por três veículos, sendo utilizada para outros fins; veículos adquiridos pela entidade conveniada com a SMS, com recursos destinados às ações de saúde indígena, não foram incorporados à frota do DSEI, e; durante vistoria dos bens permanentes do DSEI, não foram localizados os motores de popa inativos, equipamentos utilizados para transporte fluvial.

#### **e) Área física**

As irregularidades identificadas em relação à *área física*, frente aos controlos internos, remetem às condições inadequadas para estocagem dos produtos, do almoxarifado da Central de Abastecimento Farmacêutico dos Polos Base, em áreas indígenas.

#### **f) Controlo de estoques/Validade**

No item sobre *controlo de estoque e validade*, os relatórios de auditoria indicaram falhas no controlo de abastecimento de combustível da frota de veículos e motores de popa, usados em lanchas ou pequenos barcos, para tráfego fluvial nos DSEI.

### **V) Programas Estratégicos**

Em relação às constatações agrupadas em *programas estratégicos*, foram identificadas inconformidades referentes ao cadastro, alimentação dos sistemas de informação, rotina e atividade, documentação de prontuários e registos e, recursos humanos, demonstrado na Tabela 6.

**Tabela 6**

*Constatações referentes a Programas Estratégicos*

Item Constatação	Quantidade
Cadastro	8
Alimentação Sistemas Informação	4

Rotinas/Atividades	4
Documentação/Prontuários/Registros	1
Recursos Humanos	1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

*Nota.* Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

#### **a) Cadastro**

Sobre o item *cadastro*, as auditorias identificaram situações, como: habilitação no CNES, porém, os dados dos Polos Base encontram-se desatualizados; Postos de Saúde na abrangência dos Polos Base, sem registro no CNES; ausência de alimentação dos dados nos Sistemas Nacionais de Informação por parte dos Polos Base; e, dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) desatualizados.

#### **b) Alimentação dos Sistemas de Informação**

Em relação à *alimentação dos sistemas de informação* foi identificada a ausência de alimentação regular dos dados no SIASI, por parte dos Polos Base e, Postos de Saúde não cadastrado no CNES.

#### **c) Rotinas/Atividades**

Quanto à *rotina de atividades* relativa aos programas estratégicos, foram identificadas as inconformidades: ausência de ações específicas para mulheres indígenas; falta de comprovação da realização de ações desenvolvidas com os recursos financeiros destinados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e Saúde Indígena; divergência entre o cardápio oferecido a utentes e acompanhantes na CASAI e, o estabelecido no contrato firmado para este fim; descontrolo no número de refeições fornecidas pela ausência da atualização do censo diário de utentes e acompanhantes da CASAI.

#### **d) Documentação/Prontuários/Registros**

Neste item, foi identificada que a SMS não disponibilizou os documentos solicitados pela Equipe de Auditoria, relativos à saúde indígena, sobre a composição da EMSI no SIASI; relatórios mensais de produção do SIASI, por equipa; indicadores de saúde, referentes às taxas de mortalidade infantil e materna indígena, de hospitalização, de morbimortalidade da população indígena; número absoluto e percentual das 10 principais causas de hospitalização da população indígena; comprovante de capacitação da EMSI; população indígena do município, por sexo e faixa etária e, relatório de análise residual e PH da água para consumo humano das aldeias.

#### **e) Recursos Humanos**

Referente a *recursos humanos* foi apontada a divergência na composição dos profissionais da EMSI, constante nas Folhas de Pagamento da SMS e o estabelecido no Plano de Trabalho do Convênio equivalente e na legislação que regulamenta a contratação.

## VI) Regionalização, Planejamento e Programação

Neste grupo de constatações, foram apontadas as situações demonstradas na Tabela 7.

**Tabela 7**

*Constatações referentes à Regionalização, Planejamento e Programação*

Item Constatação	Quantidade
Sistemática de Elaboração/Conteúdo	14
Programação Anual de Saúde	3
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

*Nota.* Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

### a) Sistemática de Elaboração/Conteúdo

O que foi apontado no item *sistemática de elaboração e conteúdo*, constatou irregularidades como: Planos Municipais de Saúde (PMS) e Programações Anuais de Saúde (PAS) referentes aos períodos avaliados, não especificaram as diretrizes relacionadas à assistência integral à saúde da população indígena; os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do Município não identificaram a aplicação de recursos financeiros destinados à saúde indígena; ausência da elaboração das Programações Anuais de Saúde (PAS); não disponibilização dos RAG do Município, para a Equipe de Auditoria; Prestações de Contas do Fundo Municipal de Saúde foram aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), sem contemplar os recursos aplicados na saúde indígena (IAB-PI); elaboração de PMS para a vigência de dois anos, aprovado pelo CMS, sem especificar as ações de saúde para a população indígena.

### b) Programação Anual de Saúde

No que concerne à *programação anual de saúde*, este item reitera que houve situações em que a Equipe de Auditoria não teve acesso à PAS, além da identificação da ausência das diretrizes relacionadas à assistência integral à saúde da população indígena, nas referidas programações anuais.

## VII) Vigilância em Saúde

Concernente ao tema *vigilância em saúde*, a Tabela 8 demonstra as constatações encontradas.

**Tabela 8**

*Constatações referentes à Vigilância em Saúde*

Item Constatação	Quantidade
------------------	------------

Atividades desenvolvidas/Rotinas de Trabalho	8
Indicadores	8
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

Nota. Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

#### a) Atividades desenvolvidas/Rotinas de Trabalho

Em se tratando de *atividades desenvolvidas na rotina de trabalho*, destacam-se as irregularidades identificadas nos relatórios de auditoria: dentre os casos de tuberculose notificados, no período analisado, no Município de Redenção, 20,3% foram em indígenas; falta de efetividade ou incipiência das ações de saneamento básico à população indígena, na abrangência dos Polos Base, em áreas indígenas e processo de manejo inadequado dos resíduos de serviços de saúde, gerados pela CASAI.

#### b) Indicadores de saúde

Quanto aos *indicadores de saúde*, os registros informam a ocorrência de elevados números de casos de doenças inerentes à atenção primária e, relacionadas à deficiência de saneamento básico e à água imprópria ao consumo humano, nas aldeias; ocorrência de casos de diarreia em 86,8% da população infantil, na faixa etária de 0 a 10 anos, sendo a segunda causa de hospitalização e a principal causa de óbito na população indígena do DSEI, no período avaliado; elevadas taxas de mortalidade infantil na população indígena; tendência crescente do coeficiente de prevalência de casos de hipertensão arterial na população indígena; percentual da população indígena com tratamento odontológico concluído não atingiu a meta programada no PDSI, para o período da avaliação.

### VIII) Controle Social

Os itens das constatações sobre o *controle social* estão indicadas na Tabela 9.

**Tabela 9**

*Constatações referentes ao Controle Social*

Item Constatação	Quantidade
Descentralização (Concelhos locais, regionais, distritais, gestores)	9
Deliberações/Resoluções	2
Fiscalização de Recursos Financeiros	2
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

Nota. Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

#### a) Descentralização (Concelhos locais, regionais, distritais, gestores)

Ao tratar da descentralização (Concelhos locais, regionais, distritais, gestores), as auditorias indicaram a ausência de documento comprovando a criação dos CLSI, no âmbito dos Polos Base; não há acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos provenientes



do IAB-PI, por parte dos CLSI e CONDISI; e, ausência de atuação do CLSI e do Concelho Municipal de Saúde; ausência de documentação comprobatória da criação do CLSI, no âmbito do Polo Base e, do Concelho Municipal de Saúde.

#### **b) Deliberações/Resoluções**

No que diz respeito às *deliberações e resoluções*, o CONDISI não apresentou as Atas e/ou resoluções das reuniões, quanto à apreciação da realização de processo licitatório e, não foram disponibilizadas as Atas e/ou Resoluções das reuniões realizadas no período analisado, pelo CLSI, no âmbito do Polo Base.

#### **c) Fiscalização de Recursos Financeiros**

Em relação à *fiscalização dos recursos financeiros*, no âmbito do controle social, foram constatadas dificuldades dos Conelhos Municipais de Saúde em apreciar os recursos financeiros investidos nas ações de saúde indígena, dada a falta de informações específicas sobre os mesmos.

### **IX) Recursos Humanos**

Nesse grupo de constatações relacionadas a *recursos humanos*, a tabela 10 mostra a distribuição dos itens:

**Tabela 10**

*Constatações referentes a Recursos Humanos*

<b>Item Constatação</b>	<b>Quantidade</b>
Enfermeiro	5
Administração	2
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

*Nota.* Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

#### **a) Enfermeiro**

No item destacado como *enfermeiro*, as irregularidades constatadas indicaram a indisponibilidade de profissional enfermeiro em tempo integral (24 horas), na CASAI.

#### **b) Administração**

Em relação à *administração* de recursos humanos foi constatada a composição das EMSI em desacordo com a legislação e a ausência de documento comprobatório da nomeação do presidente da entidade indígena, conveniada com a SMS, para gerir os recursos municipais, destinados à saúde indígena.

### **X) Assistência de média e alta complexidade**

Quanto à *assistência de média e alta complexidade*, os relatórios de auditoria indicaram dificuldades em relação ao acesso e atendimento da demanda da saúde indígena, além da capacidade do DSEI, quanto à realização de cadastro, a ver pela tabela 11.

**Tabela 11**

*Constatações referentes à assistência de média e alta complexidade*

Item Constatação	Quantidade
Acesso/Atendimento à demanda	4
Capacidade instalada/cadastro	1
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>

*Nota.* Fonte: Elaboração própria, com base nos dados dos relatórios de auditoria (2021).

#### **a) Acesso/Atendimento à demanda**

No que concerne ao *acesso e atendimento da demanda* da população indígena, foi constatada a ausência de garantia de atendimento e acesso aos serviços de média e alta complexidade, na rede de saúde de referência; dificuldades no acesso ao atendimento de saúde referenciado para a capital do Estado, por falta de garantia de transporte; demora de até nove meses no atendimento de pacientes indígenas, com necessidade de tratamento de maior complexidade, referenciados para o Município mais próximo ou para a capital do Estado.

#### **b) Capacidade instalada/cadastro**

A respeito da *capacidade instalada* para a realização de cadastro foi constatado que o DSEI encontrava-se desativado na base nacional do CNES e a CASAI estava com os dados desatualizados.

### **3.4. Recomendações para corrigir as irregularidades**

Segundo os grupos de constatações identificadas nos relatórios, dentre as recomendações indicadas, destaca-se a observância a portarias do Ministério da Saúde, decretos e leis, que tratam da regulamentação da aplicação de recursos destinados às ações de saúde, para a implementação de programas de saúde e de saneamento básico, em territórios indígenas. Quando envolve a devolução de recursos financeiros, o processo é remetido ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS), responsável pelo repasse de recursos federais a estados e câmaras municipais, cabendo-lhe as diligências para a devolução equivalente. Os dispositivos legais indicados nas recomendações estão catalogados no anexo 10.

#### **I) Recursos Financeiros**

No item sobre *recursos financeiros*, foram elencadas recomendações, como: aplicar corretamente o recurso financeiro no objeto a que foi destinado; devolver os recursos ao

Ministério da Saúde, quando comprovada a malversação na sua aplicação, com os acréscimos legais, observados os princípios que orientam os processos administrativos; acompanhar e avaliar, por parte das instâncias de participação social, os recursos financeiros destinados às ações de saúde para a população indígena nos municípios; dispor da documentação comprobatória de toda a movimentação financeira com recursos de origem federal; disponibilizar a documentação comprobatória das despesas, solicitada pelas Equipes de Auditoria; identificar a conformidade das despesas destinadas à saúde indígena, constantes no Plano Municipal de Saúde e no Plano Distrital de Saúde Indígena, respectivo; providenciar o planejamento das ações de saúde indígena, em consonância com a previsão orçamentária disponível; garantir a execução dos serviços contratados, de acordo com as cláusulas contratuais, mediante acompanhamento, monitoramento e fiscalização, com eficácia e eficiência; fiscalizar a execução dos serviços de saúde prestados pelas instituições conveniadas quanto à comprovação documental dos serviços prestados; remeter a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde ao Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

## **II) Atenção Básica**

Quanto à *atenção básica*, foi sugerido observar os dispositivos legais que preveem o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, produção artesanal e lazer, para os utentes e acompanhantes que tenham condições de realizá-las, durante a permanência na CASAI; disponibilizar os medicamentos, equipamentos e materiais necessários ao pleno desenvolvimento das ações da EMSI, visando ao atendimento de urgências de baixa complexidade, nos Postos de Saúde Indígena, Polos Base de Saúde Indígena e nas CASAI; promover a integração dos AIS e AISAN com os demais membros das EMSI; realizar as ações de prevenção e controle das doenças, nas aldeias indígenas; fornecer o material para coleta de material para exame de Prevenção do Câncer de Colo Uterino (PCCU); incentivar a realização de ações educativas, junto à população indígena, para a promoção, prevenção e controle de doenças; garantir o suporte administrativo aos Polos Base Indígenas, para assegurar a realização das atividades administrativas; adequar as EMSI dos Polos Base aos parâmetros quantitativos instituídos; viabilizar a capacitação, formação e educação permanente dos profissionais que atuam na saúde indígena; realizar as ações de acompanhamento, supervisão, avaliação e controle de ações de saúde, saneamento e controle de qualidade da água, nas áreas indígenas; promover as ações de saúde bucal à população indígena e, dotar de instrumentais, materiais e equipamentos para a realização de procedimentos preventivos, cirúrgicos e

restauradores, os consultórios odontológicos dos Polos Base; planejar a execução de ações integrais de saúde nos DSEI, com avaliação e acompanhamento baseados em indicadores de saúde e desempenho; alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo o cadastro e atualização do SCNES, em articulação com os gestores municipais e provinciais do SUS.

### **III) Assistência Farmacêutica**

Em relação à *assistência farmacêutica*, as recomendações orientam: assegurar a armazenagem adequada dos produtos na farmácia/unidade de dispensação de medicamentos dos Polos Base; prover o abastecimento regular da farmácia dos Polos Base, com os medicamentos constantes da RENAME da Saúde Indígena; organizar o controle do estoque de medicamentos, insumos e correlatos no almoxarifado central no DSEI e farmácias nos Polos Base; instituir um sistema de estoque de medicamentos, correlatos e saneantes nos Postos de Saúde Indígena nas aldeias; especificar a segregação dos medicamentos com prazo de validade vencido, em relação à área de dispensação de medicamentos e insumos farmacêuticos, nos Polos de Saúde; alimentar e manter atualizado o sistema adotado para o controle de estoque, com vistas à rastreabilidade dos medicamentos; prover a disponibilidade de medicamentos, para suprir o abastecimento e atender à necessidade das CASAI, dos Polos Base, Postos de Saúde, nas áreas indígenas e na rede pública dos municípios de referência, conforme o nível de complexidade da assistência à saúde; promover as ações de capacitação destinadas aos funcionários responsáveis pela dispensação e armazenamento de medicamentos e correlatos nos Polos Base Indígenas; adequar a infraestrutura necessária ao desenvolvimento das atividades do almoxarifado e da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e farmácias dos Polos Base; cumprir os requisitos previstos na legislação sanitária para aquisição de licenciamento pelo órgão sanitário competente.

### **IV) Controles Internos**

Em relação aos *controles internos* as recomendações orientam garantir a disponibilização de transporte para a população indígena, no trajeto aldeias/CASAI, CASAI/aldeias e município/capital; promover a capacidade resolutiva, otimização e regularização da frota disponível para a saúde indígena; firmar convênios com base nos dispositivos legais instituídos; adotar medidas saneadoras quanto à pesquisa de mercado no ato das aquisições de bens e serviços; realizar medidas regularizadoras e de controle de bens transferidos, em uso nos DSEI, adquiridos com recursos repassados aos municípios para atender à saúde dos povos indígenas;

realizar procedimento de licitação para contratar serviços de manutenção com oficinas mecânicas, que garantam a manutenção regular dos veículos; adequar a frota de veículos para atender às necessidades dos Polos Base; adotar providências que garantam a limpeza e conservação das instalações físicas das unidades de atendimento à saúde dos povos indígenas; promover ações administrativas que permitam disponibilizar os meios de locomoção da EMSI, remoção dos pacientes e atividades logísticas condizentes com as ações de saúde indígena nas áreas indígenas; atualizar os CRLV vencidos; viabilizar os Termos de Doação para incorporação ao patrimônio do DSEI, dos bens de informática e veículos adquiridos com recursos federais, transferidos ao município para a saúde indígena; manter os registos analíticos dos bens de caráter permanente, com a indicação dos elementos necessários à sua caracterização e dos agentes responsáveis pela sua guarda e administração, com a emissão dos competentes Termos de Responsabilidade, além dos registos sintéticos dos bens móveis e imóveis; adotar um sistema de controlo de combustível mais eficaz.

#### **V) Programas Estratégicos**

No item *programas estratégicos*, recomendou-se: inserir os Postos de Saúde Indígena e Polos Base no SCNES e manter o cadastro atualizado; alimentar os dados sobre a saúde indígena no SIASI; viabilizar aos Polos Base, o acesso à internet e telefone; inserir as ações específicas para mulheres indígenas, no Programa Saúde da Mulher no município, em atenção ao disposto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; disponibilizar, aos órgãos de controlo, toda a documentação, quando solicitada; adequar o cardápio disponibilizado aos indígenas, pela CASAI; atualizar o censo diário dos pacientes em tratamento na CASAI.

#### **VI) Regionalização, Planeamento e Programação**

No item *regionalização, planeamento e programação*, foi recomendado inserir no Plano Municipal de Saúde, as metas e ações de atenção básica direcionadas às comunidades indígenas, com a projeção dos resultados para o período de 4 anos; especificar os objetivos, diretrizes e metas, relacionadas à assistência integral à saúde da população indígena; elaborar a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG); identificar a aplicação dos recursos financeiros para as ações de saúde indígena, para subsidiar as ações de controlo interno e externo e apoiar a participação social; disponibilizar a documentação solicitada pela Equipa de Auditoria; acompanhar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros relativos à saúde da população indígena; articular a elaboração do Plano Distrital de Saúde

Indígena (PDSI) com o Plano Municipal de Saúde (PMS), garantindo a inserção das metas e ações de atenção básica, voltadas às comunidades indígenas.

## **VII) Vigilância em Saúde**

Quanto à *vigilância em saúde* as recomendações indicaram a realização de diligências para implementar ações de controlo da tuberculose nos municípios; adotar providências visando o saneamento básico, medidas preventivas e de controlo na atenção básica para assegurar água de boa qualidade, o destino adequado dos dejetos e do lixo, o controlo de insetos e roedores, em áreas indígenas; estruturar a gestão dos resíduos, por intermédio do Plano de Gestão de Resíduos de Serviço de Saúde; realizar ações educativas de saneamento voltadas à população indígena; estruturar as unidades de saúde indígena, de equipamentos, materiais e produtos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde; promover o acompanhamento e avaliação das ações de saúde, com base em indicadores de saúde e desempenho.

## **VIII) Controlo Social**

Sobre o *controlo social* foi recomendado: adotar providências para o acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos provenientes do IAB-PI, por meio dos CLSI e CONDISI, dos Concelhos Municipais e Provinciais de Saúde; disponibilizar toda a documentação comprobatória solicitada pelas Equipas de auditoria; adotar providências que garantam o funcionamento regular do CLSI; garantir a participação indígena em todas as etapas do planeamento, implantação e funcionamento dos DSEI, contemplando expressões formais e informais; promover a criação do Concelho CLSI; acompanhar os processos de licitação, contratos e Termos Aditivos inerentes a aquisições e prestação de serviços contratados para as CASAI; reestruturar o Fundo Municipal de Saúde (FMS); encaminhar o relatório consolidado e detalhado do resultado da execução orçamentária e financeira das ações de saúde, para apreciação e aprovação pelo Concelho Municipal de Saúde, a cada quatro meses.

## **IX) Recursos Humanos**

O item relacionado a *recursos humanos* orientou disponibilizar assistência de enfermagem, nas CASAI, com profissional da enfermagem em tempo integral (24 horas); promover a orientação e supervisão de enfermeiro para o exercício das atividades de técnico de enfermagem; garantir a composição da EMSI, com quantitativo suficiente de profissionais para desempenhar as atividades exigidas.

## **X) Assistência de Média e Alta Complexidade**

Em relação às inconformidades no âmbito da *assistência de média e alta complexidade* (MAC), destacam-se as recomendações para garantir o acesso da população indígena, aos serviços de média e alta complexidade, disponíveis na rede de saúde de referência, no município mais próximo ou na capital da província; assegurar a correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES.

## **4. Considerações Finais**

A PNASPI resultou do esforço de vários setores da sociedade para estruturar uma política pública de saúde direcionada aos povos indígenas, no Brasil, com base nos preceitos institucionais consagrados na Constituição Federal, promulgada em 1988. A instituição da PNASPI agregou os anseios por serviços de saúde na perspectiva do atendimento integral, com a proposição de respeitar os aspectos interculturais das populações indígenas, para além dos limites geográficos, segundo o conceito de distrito sanitário discutido por Almeida *et al* (1998) e Mendes (1993).

A instituição da PNASPI revestiu-se da pretensão de oferecer uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, em estreita aproximação e respeito aos seus valores culturais e ancestrais, dadas as especificidades que envolvem as suas concepções do adoecer e respectivos itinerários terapêuticos. Contudo, dada a atenção à saúde organizada a partir de modelos direcionados para o atendimento biomédico oficial, que prioriza o uso de procedimentos da medicina ocidental, como a dispensação de medicamentos, a atenção diferenciada dista muito da condição de se tornar um componente estruturante dessa política, conforme analisado por Pontes et al. (2015). Logo, é possível identificar lacunas em relação aos aspectos interculturais no processo saúde-doença, em se considerando os valores culturais e milenares, na política de atenção à saúde dos povos indígenas.

A PNASPI foi estruturada para prestar atendimento às populações indígenas residentes em áreas indígenas, as chamadas aldeias indígenas. O território assegura a especificidade dos povos indígenas, pelo vínculo que os mantém unidos com os elos materiais e simbólicos com os seus valores culturais ancestrais. A vida desses povos está diretamente ligada à existência do território indígena, enquanto espaço que lhes garante a “preservação dos laços familiares, éticos, religiosos, rituais, linguísticos que unem as famílias indígenas entre si e com o ambiente em que vivem”, como afirma Garnelo (Reis & Flaeschen, 2019, p. 1).

Em que pese considerar a criação da PNASPI um avanço no sentido da regulamentação de uma política pública, este processo ocorreu eivado de contradições, ainda que estas não tenham sido objeto de análise, em face da necessidade de delimitação do escopo do presente estudo. Tais contradições são agudizadas quando circunscritas ao espectro da luta histórica dos povos pelo direito à sobrevivência e ao usufruto das suas terras, objeto permanente de disputas com invasores de seus territórios, como: posseiros, madeireiros, garimpeiros e latifundiários.

No presente estudo foram analisadas as constatações e recomendações oriundas dos relatórios de auditoria em saúde indígena, realizadas pelo DENASUS, na perspectiva de identificar os problemas mais frequentes relacionados com as dificuldades na gestão da PNASPI. Os relatórios produzidos pelas equipes de auditorias resultaram na identificação de constatações classificadas sem uma padronização das mesmas. Por vezes, identifica-se uma sobreposição e/ou repetição de situações, como ocorre, por exemplo, com o tema “recursos humanos” e “estrutura física”, recorrentes em vários itens de constatação.

A ausência de padronização na elaboração do relatório sugere a necessidade de serem pensadas possibilidades de parametrizar a identificação das constatações, segundo os itens elencados no SISAUD/SUS, para tornar mais eficaz, a sistematização dos resultados das auditorias. Registe-se que, o processo de realização das auditorias encontra-se sob revisão, assim como o SISAUD/SUS, cuja reformulação impactará na consolidação e elaboração dos relatórios de auditoria.

Da análise dos relatórios de auditoria, as irregularidades no âmbito da política de saúde indígena, foram avaliadas considerando-se o itinerário percorrido desde o atendimento à saúde na atenção primária e, os possíveis desdobramentos, quando necessário o encaminhamento para tratamento de média e alta complexidade, na rede de referência do SUS, em municípios próximos às áreas indígenas ou mais distantes, a depender da oferta de serviços de saúde. Os temas analisados foram sintetizados segundo os itens: recursos financeiros, atenção básica, recursos humanos, assistência farmacêutica, CASAI e instrumentos de gestão.

O maior número de irregularidades foi catalogado no item “recursos financeiros”. Foi identificada a ausência de comprovação de despesas efetuadas, o pagamento de serviços sem a comprovação de que foram efetivamente prestados, aquisições realizadas sem o processo de licitação, fragilidade no processo de fiscalização, resultando na aplicação indevida de recursos públicos destinados à execução da política de saúde indígena. A inobservância dos procedimentos legais para a aplicação dos recursos gerou situações como o gasto com combustível no total de 92,51% do recurso disponível, no período analisado.



Quanto à licitação, foram identificadas irregularidades em todas as etapas do processo, desde a elaboração do termo de referência, formalização dos convênios para a prestação de serviços contratados, habilitação das empresas contratadas resultando na execução dos serviços em desacordo com os dispositivos legais instituídos. Ocorreram contratações antieconômicas, devido à elaboração inadequada dos termos do contrato para locação de veículos e motoristas, ajustes dos valores após os contratos firmados, foram efetuados pagamentos de contratos suspensos temporariamente, sem um termo aditivo formalizado.

Em relação à atenção básica, aqui equiparada à atenção primária, tem-se a identificação de inconsistências relacionadas à inexistência, fragilidade ou falta de resolutividade de ações básicas de saúde, devido à falta de profissionais das EMSI, falta de cobertura das ações de saneamento básico nas aldeias, ausência de acompanhamento e controle na prevenção de cancro de colo uterino, em função da inexistência dos materiais e equipamentos necessários, ausência de cadastros ou manutenção de registros desatualizados nos sistemas de informação nacionais, condições precárias de infraestrutura para o funcionamento dos Polos Base e Postos de Saúde nas áreas indígenas, consultório odontológico sem funcionar nas aldeias e, indicadores de saúde, como tratamento odontológico e esquema vacinal de crianças indígenas com menos de 5 anos concluídos abaixo da meta programada no PDSI.

Somam-se a essas ocorrências, as inconsistências relacionadas ao alto índice de hospitalização de indígenas, causadas por doenças próprias da atenção primária, à deficiência de saneamento básico e à água imprópria ao consumo humano, nas aldeias, elevadas taxas de mortalidade infantil na população indígena; tendência crescente do coeficiente de prevalência de casos de hipertensão arterial na população indígena.

Quanto ao tema dos recursos humanos, a análise demonstra a fragilidade da política de saúde indígena, posto que os dados informam a deficiência de profissionais, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, ainda que comprovada a contratação de empresa para disponibilizar profissionais, foi identificada a carência em algumas áreas, divergência entre o número de profissionais constantes da folha de pagamento e a previsão no Plano de Trabalho do Convênio. Além disso, foram identificadas fragilidades no processo de formação e capacitação dos profissionais para desempenhar as atividades na saúde indígena, com destaque para ações de assistência farmacêutica, nas aldeias.

As irregularidades referentes à assistência farmacêutica indicaram a dificuldade dos indígenas em aceder a medicamentos que não compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para Saúde Indígena; a falta de medicamentos, com frágeis mecanismos de controle de dispensação em relação ao armazenamento, à entrada e saída, sem

controle dos prazos de validade, com medicamentos estocados juntos, sem distinção entre os válidos e os vencidos, além da ausência de condições adequadas para o descarte, quando for o caso. Identificou-se, ainda, a inexistência de parâmetros para abastecimento de medicamentos nos Postos de Saúde indígenas, cuja estrutura física mostrou-se inadequada quanto à funcionalidade e regularidade técnica-sanitária para atender às necessidades dos Polos Base e da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do DSEI.

Em relação às CASAI constatou-se o fornecimento de alimentação aos indígenas, quando referenciados para tratamento na CASAI, em desacordo com as cláusulas contratuais, em quantidade insuficiente e sem observar a oferta de uma dieta diferenciada para os utentes e crianças menores de 1 ano, além da realização de reforma e ampliação da CASAI, sem observar os trâmites institucionais definidos. Os relatórios de auditoria apontaram a prestação dos serviços de conservação, higiene, limpeza e manutenção das CASAI, realizada de forma insatisfatória, somada à ausência de documentos comprobatórios da prestação de serviços médicos e exames laboratoriais, aos pacientes do CASAI, sem a devida identificação dos utentes, dos exames realizados e respectivos laudos. Resta ausente a realização de atividades de educação em saúde, produção artesanal, terapia ocupacional e lazer para utentes e acompanhantes, no período de permanência na CASAI, que por vezes, não dispunha da infraestrutura adequada ao desempenho das suas funções, dada a falta de equipamentos, mobiliário e insumos necessários e, ainda, constatou-se divergência entre a quantidade de profissionais lotados nas CASAI e o número de trabalhadores, por ocasião da inspeção da equipa de auditoria.

Outras dificuldades impostas ao atendimento à saúde dos povos indígenas estão relacionadas à precariedade da frota de veículos, para o transporte dos utentes indígenas no deslocamento entre as aldeias e as unidades de saúde para onde são referenciados. Neste ponto, foi identificada a existência de veículos obsoletos, sem previsão da cota de combustíveis e assistência mecânica, ausência de controlo de quilometragem, do consumo de combustível da frota e escala de trabalho dos motoristas.

Quanto aos instrumentos de gestão instituídos no âmbito do SUS, no contexto das auditorias analisadas, foram apontadas inconsistências indicando a exclusão de diretrizes relacionadas à assistência integral à saúde da população indígena nos Planos Municipais de Saúde (PMS) e nas Programações Anuais de Saúde (PAS); não há registos nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do Município, dos recursos financeiros aplicados na saúde indígena, além de situações em que as Programações Anuais de Saúde (PAS) não foram elaboradas ou não disponibilizadas para análise da Equipa de Auditoria.

O fortalecimento da PNASPI requer o saneamento das irregularidades encontradas nos relatórios, em estreita observação aos dispositivos legais instituídos, conforme indicados no anexo 10.

Para mitigar os riscos e sanar as irregularidades foram recomendados procedimentos que visam à correta aplicação dos recursos financeiros, atentando para os procedimentos requeridos nos processos de licitação, contratação de serviços, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das ações empreendidas na atenção à saúde dos povos indígenas; prover as EMSI, em quantidade e qualidade adequada ao desempenho das suas funções, nas áreas indígenas; equipar e estruturar as unidades do ponto de vista físico, material e financeiro, em condições de responder às demandas da assistência à saúde das comunidades indígenas.

Ao longo da implementação da PNASPI, é possível identificar um incremento sucessivo de recursos financeiros destinados à saúde indígena, de forma ascendente, sem a correspondente melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados povos indígenas. Importa destacar que os recursos aqui analisados referem-se a valores transferidos para municípios e províncias, na forma de incentivos para custear as ações de atenção à saúde das populações indígenas. Registre-se que esses incentivos foram extintos e os recursos da saúde indígena estão centralizados na SESAI.

Constata-se um aumento considerável do volume de recursos para a implementação da saúde indígena, no Brasil. Há que ser questionado: na mesma proporção, ocorreu a melhoria dos indicadores de saúde para as comunidades indígenas?

A regulamentação das EMSI não solucionou os sérios problemas relacionados à questão de recursos humanos na saúde indígena, como: o despreparo dos profissionais na abordagem diferenciada, a alta rotatividade das equipes, dadas as condições adversas das áreas indígenas, a dificuldade de encontrar profissionais dispostos a atuar nessas regiões de difícil acesso (Garnelo & Pontes, 2012). Ainda em relação às dificuldades enfrentadas na efetivação da PNASPI, Mendes et al. (2018) menciona a precariedade das estruturas físicas, escassez de materiais e equipamentos, além da alta rotatividade de profissionais, num cenário onde as prioridades recaem sobre os cuidados paliativos e emergenciais, o que enfraquece a atenção primária à saúde prestada nas áreas indígenas.

A presente análise aponta a necessidade dos gestores da política de saúde indígena atentar para o cumprimento dos dispositivos legais. As recomendações constituem mecanismos de adequação, os quais uma vez efetivados resultariam na melhoria da capacidade da gestão, na efetivação da PNASPI, em função do atendimento eficaz, eficiente e de qualidade à saúde dos povos indígenas.

As medidas saneadoras das irregularidades constantes dos relatórios de auditoria apresentam recomendações que se aproximam dos preceitos éticos que fundamentam o exercício profissional do Assistente Social.

A inserção do(a) assistente social nas equipes de auditoria requer o seu desempenho na qualidade de auditor, com base nos pressupostos que fundamentam a sua conduta profissional, pautada por valores como: liberdade, autonomia e emancipação social, compromisso com a defesa dos direitos humanos, equidade e justiça social, o respeito à diversidade e às diferenças, primando pela qualidade dos serviços disponibilizados à população, segundo os princípios consagrados no Código de Ética Profissional (Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, 2019, pp. 15-16).

As ações de auditoria requerem uma intervenção transdisciplinar, logo, não se constituem em atividade prerrogativa do Serviço Social, contudo, os princípios fundamentais do Código de Ética do Assistente Social destacam valores considerados estratégicos para o exercício das atividades de controle, na avaliação de políticas públicas. Dentre os parâmetros da atuação profissional do Assistente Social, situa-se o princípio ético que orienta o “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”. (CFESS, 2019, p. 15)

A Resolução n.º 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhece os profissionais de saúde de nível superior, a saber: Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

As providências apontaram a necessidade de realizar o planejamento das ações de saúde indígena, em consonância com a previsão orçamentária disponível, assegurando o acompanhamento, monitoramento e fiscalização, com eficácia e eficiência, atentando para a firmamento de convênios, quando necessária, com base nos dispositivos legais instituídos, respeitando as normas em todas as etapas do processo.

Tais recomendações interagem com a necessidade de articular a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) com o Plano Municipal de Saúde (PMS), garantindo a participação indígena em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, além de inserir, no PMS, as metas e ações e, especificar os objetivos e diretrizes da atenção básica, direcionadas à atenção integral à saúde da população indígena.

Em relação aos recursos humanos, foi proposto fomentar a integração dos AIS e AISAN, para promover a interação efetiva com os demais membros das EMSI, privilegiando o fomento

à capacitação, formação e educação permanente dos profissionais que atuam na saúde indígena. Tais providências devem estar aliadas ao esforço de dispor do quantitativo suficiente de profissionais, para o desenvolvimento da atenção à saúde indígena, incluída a promoção de atividades de educação em saúde, produção artesanal e lazer, a realização das ações de promoção, prevenção e controle das doenças, nas aldeias indígenas.

A forma vigente de contratação de profissionais para atender à necessidade da política de saúde indígena, ocorre por intermédio da celebração de convênios, firmados com entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, cujo objeto é a complementariedade na saúde indígena, com a finalidade de contratação e administração das equipes multiprofissionais que atenderão à população indígena. No momento, existem convênios firmados com 8 entidades, para disponibilizar recursos humanos aos 34 DSEI, incluindo as CASAI: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, Fundação São Vicente de Paulo, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Instituto para a Promoção de Assistência Social e do Desenvolvimento Estratégico Sustentável das Cidades do Brasil-IOM, Irmandade da Santa Casa de Andradina, Missão Evangélica Caiuá e Santa Casa de Misericórdia de Sabará. De acordo com os dados do Portal da Plataforma+Brasil<sup>7</sup>, os recursos financeiros destinados ao custeio desses convênios, com os valores aditivados, totalizam, no momento, o montante de R\$ 1.815.156.002,45.

Em meio à discussão para solucionar os problemas relacionados à demanda de profissionais na política de saúde indígena, emerge o debate sobre a realização de concurso público. Várias iniciativas já foram realizadas para tratar do assunto, como a criação de grupos de trabalho, sem que se tenha chegado a um consenso sobre o tema.

---

<sup>7</sup> Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/plataforma-mais-brasil>.

### Referências Bibliográficas

- Almeida, E. S. de, Castro, C. G. J. de, & Vieira, C. A. L. (1998). *Distritos sanitários: Conceção e organização* (1a ed.). Fundação Peirópolis Ltda.
- Boschetti, I. (2009). Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. *Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais*, 1-19. <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>
- Bravo, M. I. S. (2009). O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controlo democrático. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*, 1-20. <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/9IN2mnNP98m5WmPos413.pdf>
- Byington, C. A. B. (2006). *Moitará I: O simbolismo nas culturas indígenas brasileiras*. Editora Paulus.
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Carvalho, J. B. de. (2006). Terras indígenas: A casa é um asilo inviolável. In A. V. Araújo (Ed.), *Povos indígenas e a Lei dos “Branços”: O direito à diferença* (3a ed., pp. 85-101). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. <http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/me004373.pdf>
- Conselho Federal de Serviço Social. (2019). *Código de Ética do/a Assistente Social*. <http://www.cfess.org.br/arquivos/2019CfessCEP-Trilingue-Site.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (2016). Presidência da República. Brasil.
- Coroia, M. E. (2013). *Reflexões sobre as práticas Kaingang de cuidados com a gestação, parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório da Universidade de Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13554>
- Costa, D. C. da. (1987). Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(3), 388-401. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>
- Decreto n.º 23, de 4 de fevereiro de 1991. (1991, 5 fevereiro). Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Presidência da República. Brasil.

- Decreto n.º 1.141, de 05 de maio de 1994. (1994, 05 maio). Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. Presidência da República. Brasil.
- Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995. (1995, 29 setembro). Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Decreto n.º 7.461, de 18 de abril de 2011. (2011, 19 abril). Dá nova redação ao caput do art. 6º do Decreto n.º 7.336, de 19 de outubro de 2010, para prorrogar o prazo de efetivação da transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde para o Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Decreto n.º 8.072, de 20 de junho de 1910. (1910, 24 junho). Cria o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais e aprova o respectivo regulamento. Presidência da República. Brasil.
- Escorel, S. (2009). Equidade em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2ª ed., 202-210). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25955/2/Livro%20EPSJV%20008871.pdf>
- Ferreira, J. (1994). O corpo sócio. In P. C. Alves & M. C. de S. Minayo (Orgs.), *Saúde e doença: Um olhar antropológico* (1ª ed., pp. 101-112). Fundação Oswaldo Cruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/tdj4g/pdf/alves-9788575412763.pdf>
- Fundação Nacional do Índio. (2020, 18 novembro). *Quem são*. Ministério da Justiça e Segurança Pública. <https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas/quem-sao>
- Garnelo, L., & Pontes, A. L. (2012). *Saúde indígena: Uma introdução ao tema* (5ª ed.). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf)
- Gondim, G. M. de M., & Monken, M. (2009). Territorialização em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2ª ed., 392-398). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25955/2/Livro%20EPSJV%20008871.pdf>
- Lei n.º 5.371, de 05 de dezembro de 1967. (1967, 06 dezembro). Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências. Presidência da República. Brasil.

- Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Brasil.
- Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990, 31 dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. Brasil.
- Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993. (1993, 28 julho). Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, e dá outras providências. Presidência da República. Brasil.
- Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999. (1999, 24 setembro). Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Presidência da República. Brasil.
- Lei n.º 12.349, de 15 de dezembro de 2010. (2010, 16 dezembro). Altera as Leis nos 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.958, de 20 de dezembro de 1994, e 10.973, de 2 de dezembro de 2004; e revoga o § 1º do art. 2º da Lei no 11.273, de 6 de fevereiro de 2006. Presidência da República. Brasil.
- Matta, G. C. (2009). Universalidade. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2ª ed., 465-469). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25955/2/Livro%20EPSJV%20008871.pdf>
- Mendes, A. M., Leite, M. S., Langdon, E. J., & Grisotti, M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
- Mendes, E. V. (1993). *Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Editora Hucitec/Abrasco.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (2ª ed.). Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)
- Ministério da Saúde. (1986). *8ª conferência nacional de saúde: Relatório final*. [http://www.concelho.saude.gov.br/images/relatorio\\_8.pdf](http://www.concelho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf)



- Ministério da Saúde. (1992). *IX conferência nacional de saúde: Relatório final*. [https://concelho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](https://concelho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)
- Ministério da Saúde. (1993). *II Conferência nacional de proteção à saúde dos povos indígenas: Relatório final*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_povos\\_indigenas\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_povos_indigenas_relatorio_final.pdf)
- Ministério da Saúde. (1997). *Resolução n.º 218/1997*. Conselho Nacional de Saúde (CNS). [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html)
- Ministério da Saúde. (2002). *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas* (2a ed.). Fundação Nacional de Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)
- Ministério da Saúde. (2017a). *Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria* (1a ed.). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Auditoria do SUS. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria\\_sus\\_contexto\\_sna.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus_contexto_sna.pdf)
- Ministério da Saúde. (2017b). *Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde* (1a ed.). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios\\_diretrizes\\_regras\\_auditoria\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf)
- Oliveira, J. P. de, & Freire, C. A. da R. (2006). *A presença indígena na formação do Brasil*. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada Alfabetização e Diversidade. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me004372.pdf>
- Organização Internacional do Trabalho. (1989). *Convenção nº 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais*. Genebra: Conselho Administrativo da Repartição Internacional do Trabalho publicação 169 BR.indd (iphan.gov.br)
- Pinheiro, R. (2009). Integralidade em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a ed., 255-262). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25955/2/Livro%20EPSJV%20008871.pdf>
- Pontes, A. L. de M., Rego, S., & Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos distritos sanitários especiais indígenas: Reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3199-3210. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014>

- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017. (2017, 28 setembro). Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. (2007, 31 janeiro). Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 1.088, de 04 de julho de 2005. (2005, 04 julho). Dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 1.163, de 14 de setembro de 1999. (1999, 15 setembro). Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 1.467, de 10 de julho de 2006. (2006, 11 julho). Institui o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) via internet, no âmbito do SNA. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 2.209, de 04 de dezembro de 2002. (2002, 04 dezembro). Dispõe sobre a instituição do Sistema de Auditoria, SISAUD, no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 2.012, de 14 de setembro de 2012. (2012, 14 setembro). Extingue o incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), dispõe sobre a utilização dos recursos financeiros remanescentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017, 22 setembro). Aprova a política nacional de atenção básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria n.º 2.656, de 17 de outubro de 2007. (2007, 18 outubro). Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.

- Portaria n.º 2.663, de 11 de outubro de 2017. (2017, 16 outubro). Altera a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasil.
- Portaria-SEGEX n.º 27, de 24 de outubro de 2017. (2017, 25 outubro). Atualiza o documento “Glossário de Termos do Controle Externo”. Tribunal de Contas da União. Presidência da República. Brasil.
- Portaria-TCU n.º 185, de 30 de novembro de 2020. (2020, 30 novembro). Dispõe sobre as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (NAT). Tribunal de Contas da União. Presidência da República. Brasil.
- Reis, V., & Flaeschen, H. (2019, 7 fevereiro). “*A ameaça atual nega – pura e simplesmente – o direito originário indígena*”. ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/a-ameaca-atual-nega-pura-e-simplesmente-o-direito-originario-indigena-diz-luiza-garnelo/39368/>
- Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena. (2019). Análise da situação da saúde indígena – SIASI/SUS. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf)
- Secretaria Especial de Saúde Indígena. (2017). *Sobre a SESAI*. <https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>
- Sousa, A. M. de. (2011). *A política de assistência social à população indígena: A quem será que se destina?* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório da Universidade de Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/9835>
- Stotz, E. N. (2009). Participação Social. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a ed., 293-298). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25955/2/Livro%20EPSJV%20008871.pdf>

## Anexo 1 – Mapa da localização dos DSEI no Brasil



Fonte: <http://www.funasa.gov.br>

## Anexo 2 – Dados sobre o Subsistema de Saúde Indígena no Brasil

DSEI	34
Indígenas cadastrados	760.350
Etnias:	311
Aldeias:	6.238
CASAI	67
Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI)	1.199

Nota. DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas; CASAI - Casas de Saúde do Índio.

Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena – quadriênio 2020 – 2023.

**Anexo 3 – Solicitação do levantamento das auditorias em saúde indígena.**

---

**De:** [REDACTED] >  
**Enviada em:** segunda-feira, 15 de outubro de 2018 15:08  
**Para:** Raimunda Nonata Carlos Ferreira <[REDACTED]>  
**Cc:** [REDACTED] >  
**Assunto:** RES: solicitação de informações

Segue planilha anexada contendo a pesquisa dos termos: ÍNDIO, INDÍGENA, DSEI ou DISTRITO SANIT nos campos FINALIDADE, TAREFA ou CONSTATAÇÃO.  
Na última coluna (Texto localizado) consta o campo em que foi localizado pelo menos um dos termos.

Veja se atende.

[REDACTED]  
Coordenação de Sistemas de Auditoria - COSAUD  
DENASUS/SGEP/Ministério da Saúde  
[REDACTED]

**De:** Raimunda Nonata Carlos Ferreira  
**Enviada em:** segunda-feira, 15 de outubro de 2018 09:39  
**Para:** [REDACTED] >  
**Cc:** [REDACTED] >  
**Assunto:** solicitação de informações

À COSAUD,

Tendo em vista a necessidade de identificar informações referentes a ações de controle no âmbito da saúde indígena, solicito a possibilidade de levantar esses dados, no período de 2008 a 2018.

Atenciosamente,

***Raimunda Nonata Carlos Ferreira***

Coordenação-Geral de Auditoria  
CGAUD/DENASUS  
SRTVN, Quadra 701, Lote D, Ed. PO 700, 5º andar  
CEP: 70.719-040 - Brasília – DF  
[REDACTED]

**Anexo 4 – Excerto do Relatório de Auditoria nº 12.325 – DSEI.**

---

**Tópico:** POLO BASE DE SAÚDE INDÍGENA

**Grupo:** Atenção Básica

**Constatação Nº:** 210860

**SubGrupo:** ESF Saúde Bucal

**Item:** Atendimento à demanda/clientela estimada

**Constatação:** Inexistência de ações voltadas à Saúde Bucal da população indígena do Polo Base de Marabá.

**Evidência:** O consultório odontológico do Polo Base de Marabá não está funcionando em virtude do equipo apresentar-se com defeito e pela inexistência de instrumentais (bandejas de aço, pinças, espelho odontológico, espátula, porta-agulha, dentre outros), materiais (antisséptico, equipamento de proteção individual) e insumos para a realização de procedimentos preventivos, cirúrgicos e restauradores, contrariando os subitens 4.3.1.12 e 4.3.1.13, item 4 da Portaria FUNASA nº 840/2007.

**Fonte da Evidência:** Visita de inspeção ao Polo Base de Marabá, em 23/05/2012.

**Conformidade:** Não Conforme

**Justificativa:** Não houve justificativas apresentadas pelos gestores.

**Recomendação:** Dotar o consultório odontológico do Polo Base de Marabá de instrumentais, materiais e insumos para a realização de procedimentos preventivos, cirúrgicos e restauradores, conforme os subitens 4.3.1.12 e 4.3.1.13, item 4 da Portaria FUNASA nº 840/2007.

**Destinatários da Recomendação:** Distrito Sanitário Indígena Guamá-Tocantins - DSEI CNPJ: 26.989.350/0005-40

---

**Grupo:** Atenção Básica

**Constatação Nº:** 211154

**SubGrupo:** Processo de Trabalho

**Item:** Outras Atividades (Visitas/Rotinas/Acolhimento)

**Constatação:** As ações de prevenção e controle das doenças não são desenvolvidas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

**Evidência:** As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena não desenvolvem ações de prevenção e controle de doenças, apenas ações assistenciais tais como curativos, consultas, prescrição de medicamentos, em desacordo com o estabelecido no item 4 da Portaria GM/MS nº 254/2002.

**Fonte da Evidência:** Visita de inspeção ao Polo Base de Marabá e Posto de Saúde Indígena da aldeia Sororó, no período de 23 a 25/05/2012.

**Conformidade:** Não Conforme

**Justificativa:** Não houve justificativas apresentadas pelos Gestores.

**Recomendação:** Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças em conjunto com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nas Aldeias, conforme estabelece o item 4 da Portaria GM/MS nº 254/2002.

**Destinatários da Recomendação:** Distrito Sanitário Indígena Guamá-Tocantins - DSEI CNPJ: 26.989.350/0005-40

---

*Nota.* Fonte: Relatório de Auditoria n.º 12.325, constante dos dados analisados pela autora.

**Anexo 5 - Mapa do Brasil com a localização da Província do Pará.**



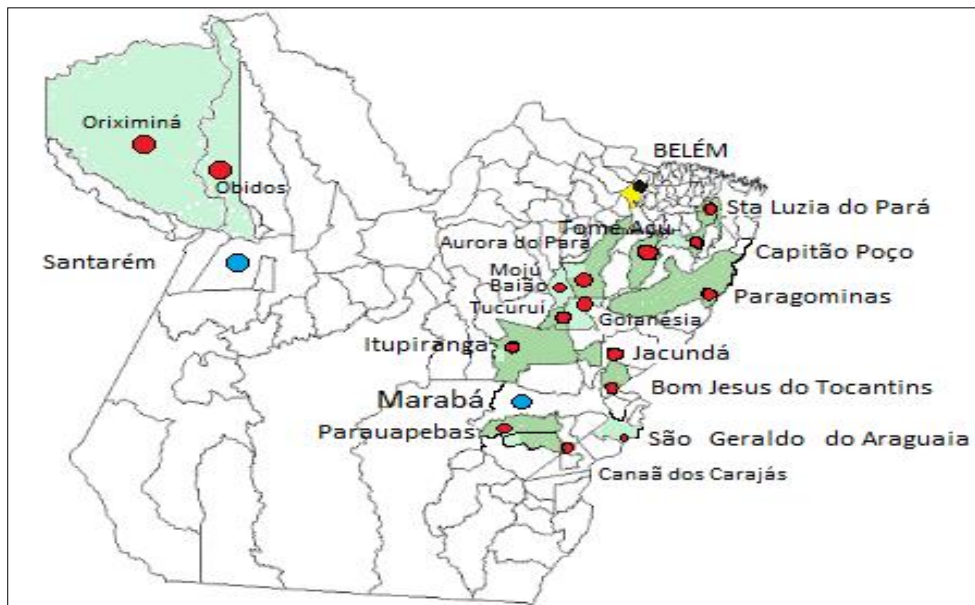
*Nota.* Fonte: Wikipedia.













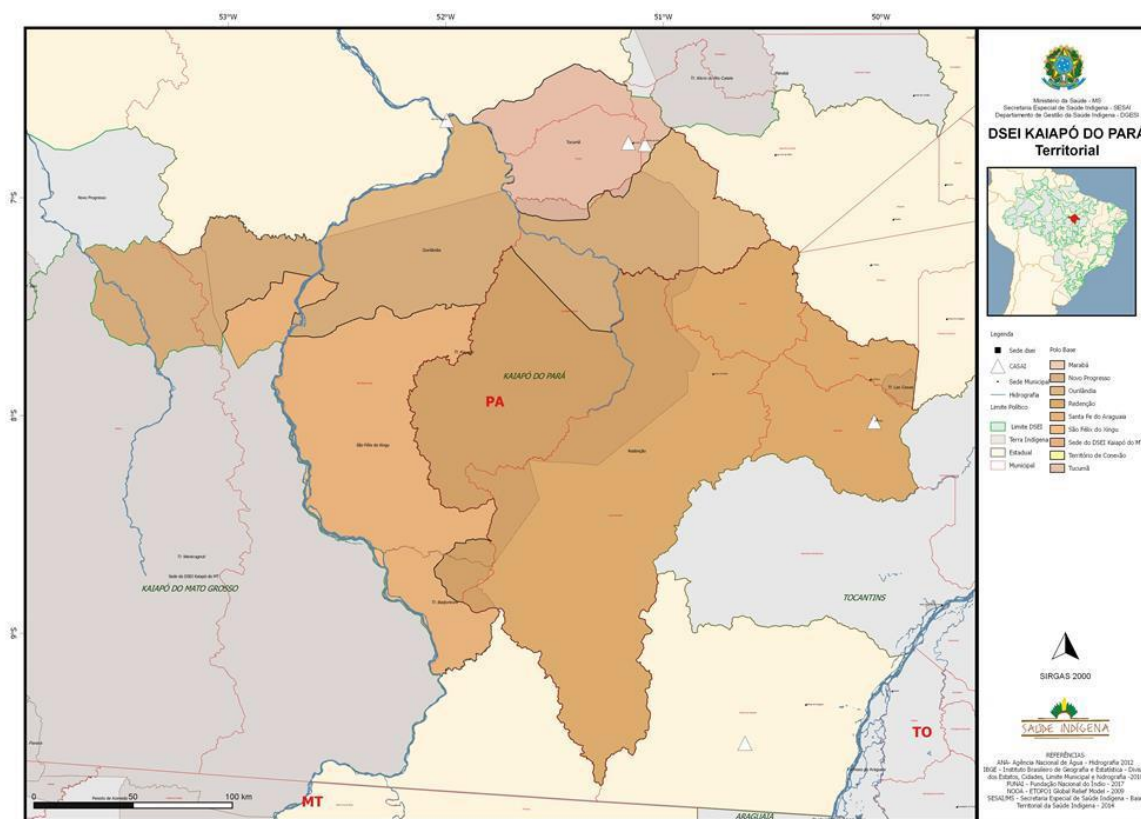
**Anexo 7 - Caracterização geográfica de rede de atendimento do DSEI GUATOC**



Nota. Fonte: DSEI Guamá/Tocantins, 2013.

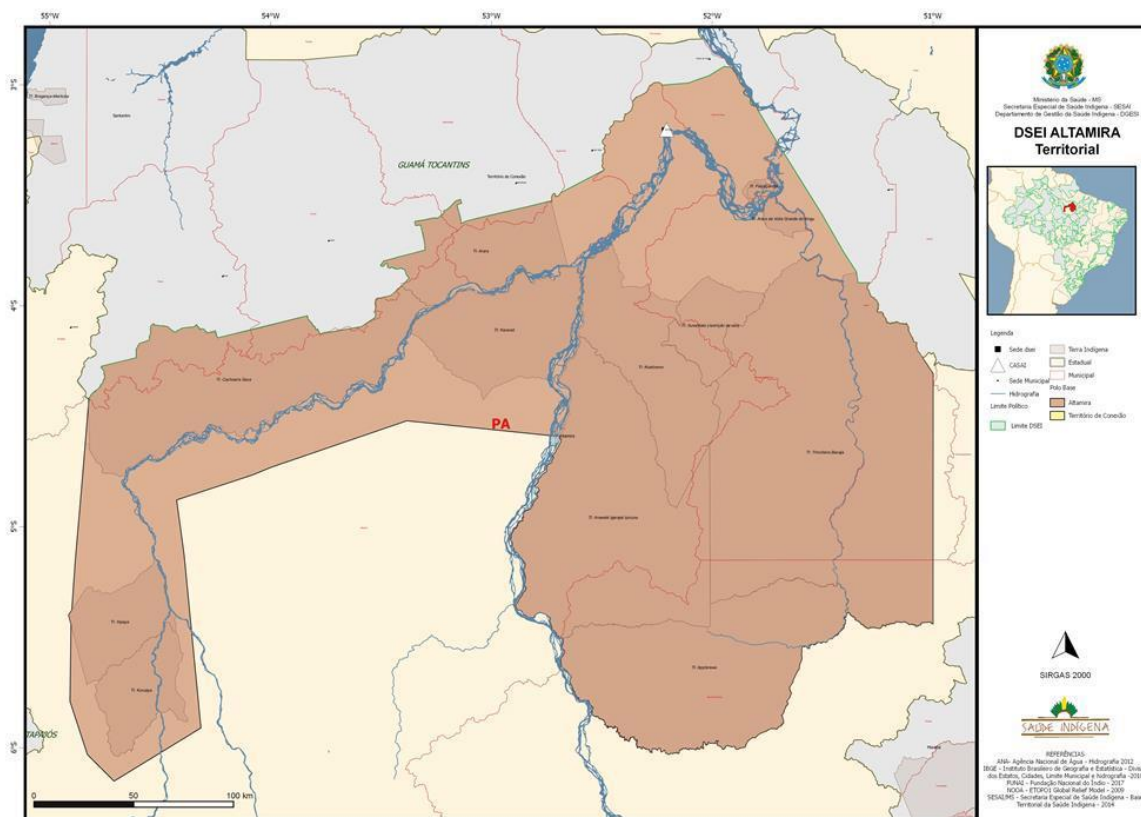
-  Municípios fora da área de abrangência do DSEI.
-  Municípios com áreas indígenas.
-  Município sede do DSEI – Belém do Pará (Capital da província).
-  Rede de assistência à Atenção básica de saúde.
-  Rede de assistência à Atenção de média complexidade.
-  Rede de assistência à Atenção de alta complexidade.

## Anexo 8 – Mapa da localização do DSEI Kaiapó do Pará



*Nota.* Fonte: SIRGAS 2000 (Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas)

**Anexo 9 – Mapa da localização do DSEI Altamira**



Nota. Fonte: SIRGAS 2000 (Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas)

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

### Anexo 10 - Dispositivos legais a serem observados.

1. Recursos Financeiros				
Dispositivo Legal	Data	Recomendação	Ementa	Objetivo
Decreto Lei nº 5.452	1º/05/1943	Artigo 59	Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.	Art. 1º. Fica aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho, que a este decreto-lei acompanha, com as alterações por ela introduzidas na legislação vigente.
Lei Federal nº 4.320	17/03/1964	Artigos 60 a 64, 71	Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.	Art. 1º. Esta lei estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, de acordo com o disposto no art. 5º, inciso XV, letra b, da Constituição Federal. Art. 2º. A Lei do Orçamento conterá a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade universalidade e anualidade.
Decreto nº 93.872	23/12/1986	Artigo 36	Dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional, atualiza e consolida a legislação pertinente e dá outras providências.	Art. 1º. A realização da receita e da despesa da União far-se-á por via bancária, em estrita observância ao princípio de unidade de caixa (Lei nº 4.320/64, art. 56 e Decreto-lei nº 200/67, art. 74).
Instrução Normativa nº 205  (SEDAP/PR)	08/04/1988	Itens 3, 4, 5 e 7	Baixar a presente Instrução Normativa - I.N.º, com o objetivo de racionalizar com minimização de custos o uso de material no âmbito do Sistema de Serviços Gerais (SISG) através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades.	1. Material - Designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.
Constituição da República Federativa do Brasil	05/10/1988	Artigos 70 e 196 a 198	Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito (...)	
Lei Federal nº 8.080	19/09/1990	Artigos 2º, 9º, 52	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.
Lei Federal nº 8.666	21/06/1993	Artigos 2º, 3º, 6º, 7º, 8º, 14, 21, 25, 26, 38, 40, 44, 48, 54, 55, 58, 60, 61, 66 e 67	Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.	Art. 1º. Esta Lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Parágrafo único. Subordinam-se ao regime desta Lei, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
Lei nº 061	21/12/1994	Artigo 4º	Institui o fundo municipal de saúde e dá outras providências.	Art. 1º. Fica instituído o Fundo de Saúde que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, que compreendem: I – O atendimento à saúde

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

(Câmara Municipal de Paragominas/PA)				universalizado, integral, regionalizado e hierarquizado; II – A vigilância sanitária; III – A vigilância epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondentes; IV – O controle e a fiscalização das agressões ao meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho, em comum acordo com as organizações competentes das esferas Federal e Estadual.
Decreto nº 1.651	28/09/1995	Artigo 11	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27/07/1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.
Instrução Normativa nº 1  (Secretaria do Tesouro Nacional)	15/01/1997	Artigo 7º	Disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou realização de eventos e dá outras providências.	Art. 1º. A execução descentralizada de Programa de Trabalho a cargo de órgãos e entidades da Administração Pública Federal, Direta e Indireta, que envolva a transferência de recursos financeiros oriundos de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, objetivando a realização de programas de trabalho, projeto, atividade, ou de eventos com duração certa, será efetivada mediante a celebração de convênios ou destinação por Portaria Ministerial, nos termos desta Instrução Normativa, observada a legislação pertinente.
Decreto nº 2.271	07/07/1997	Artigo 1º	Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências.	Art. 1º. No âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional poderão ser objeto de execução indireta as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade.  Revogado pelo Decreto nº 9.507, de 21/09/2018: Dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União.
Decreto nº 3.555	08/08/2000	Artigos 8º e 21 do Anexo I;	Aprova o Regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.	Art. 1º. Fica aprovado, na forma dos Anexos I e II a este Decreto, o Regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para a aquisição de bens e serviços comuns, no âmbito da União. Parágrafo único. Subordinam-se ao regime deste Decreto, além dos órgãos da Administração Federal direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e as demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União.
Decisão do TCU 600 (ATA 30/2000)	15/08/2000	Decisão	Ementa: Solicitação formulada pelo TCU. Esclarecimentos à Secretaria Federal de Controle, do Ministério da Fazenda, e ao Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, do Ministério da Saúde, acerca do controle da aplicação dos recursos federais do Sistema Único de Saúde repassados automaticamente aos estados, Distrito Federal e municípios. Análise das informações. Determinação. Arquivamento.	Análise das informações. Determinação. Arquivamento. - Abrangência do termo "demais ações de saúde" constante do parágrafo único, do artigo 2º, da Lei 8.142/90. Rede de serviços que integra o SUS. Aplicação dos recursos repassados a estados, Distrito Federal e municípios com fulcro no artigo 3º da Lei 8.142/90. Considerações sobre as matérias.
Decreto nº 3.964	10/10/2001	Artigo 2º - Inciso VIII	Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências.	Art. 1º. O Fundo Nacional de Saúde - FNS, instituído pelo Decreto no 64.867, de 24/07/1969, reorganizado pelo Decreto nº 806, de 24/04/1993, e reestruturado pelo Decreto no 3.774, de 15/03/2001, é organizado de acordo com as diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos deste Decreto.
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Subitem 4.5 do Anexo	Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.	Art. 2º. Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readaptação de seus

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

				planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.
Lei nº 10.520/02	17/07/2002		Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.	Art. 1º. Para aquisição de bens e serviços comuns, poderá ser adotada a licitação na modalidade de pregão, que será regida por esta Lei. Parágrafo único. Consideram-se bens e serviços comuns, para os fins e efeitos deste artigo, aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado.
Portaria GM/MS nº 1.751	02/10/2002		Dispõe sobre parcelamento de débito e dá outras providências.	Art. 1º. Estabelecer os procedimentos a serem observados e aplicados para a formulação do pedido de parcelamento de débitos, na fase administrativa, e a formalização do respectivo processo.
Instrução Normativa INSS/DC nº 100	18/12/2003	Artigo 165	Dispõe sobre normas gerais de tributação previdenciária e de arrecadação das contribuições sociais administradas pelo INSS, sobre os procedimentos e atribuições da fiscalização do INSS e dá outras providências.	Revogada pela Instrução Normativa MPS/SRP nº 3, de 14/07/2005.
Portaria GM/MS nº 70	20/01/2004	Artigo 6º, Inciso XIII, do anexo.	Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena.
Decreto nº 5.450	31/05/2005	Artigo 3º, 4º, 11, 17;	Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Art. 1º. A modalidade de licitação pregão, na forma eletrônica, de acordo com o disposto no § 1º do art. 2º da Lei nº 10.520, de 17/07/2002, destina-se à aquisição de bens e serviços comuns, no âmbito da União, e submete-se ao regulamento estabelecido neste Decreto.	Art. 1º. A modalidade de licitação pregão, na forma eletrônica, de acordo com o disposto no § 1º do art. 2º da Lei nº 10.520, de 17/07/2002, destina-se à aquisição de bens e serviços comuns, no âmbito da União, e submete-se ao regulamento estabelecido neste Decreto.  (Revogado pelo Decreto nº 10.024, de 20/09/2019).
Decreto 5.504	05/08/2005		Estabelece a exigência de utilização do pregão, preferencialmente na forma eletrônica, para entes públicos ou privados, nas contratações de bens e serviços comuns, realizadas em decorrência de transferências voluntárias de recursos públicos da União, decorrentes de convênios ou instrumentos congêneres, ou consórcios públicos.	Art. 1º. Os instrumentos de formalização, renovação ou aditamento de convênios, instrumentos congêneres ou de consórcios públicos que envolvam repasse voluntário de recursos públicos da União deverão conter cláusula que determine que as obras, compras, serviços e alienações a serem realizadas por entes públicos ou privados, com os recursos ou bens repassados voluntariamente pela União, sejam contratadas mediante processo de licitação pública, de acordo com o estabelecido na legislação federal pertinente. (Revogado pelo Decreto nº 10.024, de 20/09/2019). Regulamenta a licitação, na modalidade pregão, na forma eletrônica, para a aquisição de bens e a contratação de serviços comuns, incluídos os serviços comuns de engenharia, e dispõe sobre o uso da dispensa eletrônica, no âmbito da administração pública federal. Art. 1º. Este Decreto regulamenta a licitação, na modalidade de pregão, na forma eletrônica, para a aquisição de bens e a contratação de serviços comuns, incluídos os serviços comuns de engenharia, e dispõe sobre o uso da dispensa eletrônica, no âmbito da administração pública federal.
Portaria GM/MS nº 78	16/01/2006	Artigos 1º e 4º	Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados no acompanhamento e fiscalização de execução dos contratos firmados no âmbito do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Os Gestores de Contratos designados pela Coordenação-Geral de Recursos Logísticos deverão observar, por ocasião de suas atribuições de acompanhamento e fiscalização quanto à execução dos contratos, no âmbito do Ministério da Saúde, as determinações estabelecidas por esta Portaria, assim como os imperativos previstos pela Lei nº 8.666, de 21/06/1993, Lei Complementar nº 101, de 4/05/2000 e demais legislações pertinentes e vigentes.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Portaria Conjunta SAS/MS /FUNASA nº 47	23/06/2006	Artigo 4º Anexo II	Qualifica, altera e desqualifica Municípios a receberem mensalmente o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), destinado às ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	
Portaria GM/MS nº 204	29/01/2007	Artigo 6º	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Art. 1º. Regular o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Portaria SAS/MS nº 311	14/05/2007	Artigo 1º	Estabelece que a atualização sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações SCNES, SIA e SIH, é responsabilidade dos municípios, estados e Distrito Federal, devendo ser encaminhados, mensalmente, ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS/SE/MS, de acordo com a gestão dos estabelecimentos.	
Portaria FUNASA/MS nº 840	15/08/2007	Subitem 4.3.5	Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.
Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007	Artigos 3º, 7º, 10, 16, 18	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Instrução Normativa nº 02 (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG)	30/04/2008	Artigos 31 e 34	Dispõe sobre regras e diretrizes para a contratação de serviços, continuados ou não.	Art. 1º. Disciplinar a contratação de serviços, continuados ou não, por órgãos ou entidades integrantes do Sistema de Serviços Gerais (SISG). (...) Art. 2º. As contratações de que trata esta Instrução Normativa deverão ser precedidas de planejamento, em harmonia com o planejamento estratégico da instituição, que estabeleça os produtos ou resultados a serem obtidos, quantidades e prazos para entrega das parcelas, quando couber. (...)
Resolução TCM/PA nº 9.065 (Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Pará)	19/06/2008	Artigo 1º	Dispõe sobre a obrigatoriedade a partir do exercício de 2008, de remessa ao Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Pará, em meio óptico/magnético dos Balancetes Quadrimestrais, as Folhas de Pagamento Mensais respectivas e o Balanço Geral do exercício.	Art. 1º. Determinar a obrigatoriedade da remessa pelos Órgãos da Administração Direta, Indireta e Fundacional, inclusive os Fundos Municipais, dos Balancetes Mensais, as Folhas de Pagamento respectivas, correspondentes a cada quadrimestre, em meio óptico/magnético (disquete, CD-ROM ou internet), conforme Anexos I e II, da presente Resolução.
Portaria SAS nº 475	1º/09/2008	Artigos 1º e 3º	Art.1º Incluir na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDIGENA e seus subtipos.	Art. 5º. Estabelecer que os gestores terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para cadastramento e/ou atualização dos cadastros existentes dos estabelecimentos que se enquadram nesta política.
Portaria GM/MS nº 3.185	19/10/2010	Anexo	Aprova a 2ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais da Saúde Indígena	(Revogada pela PRT GM/MS nº 1.059, de 23/07/2015) - Aprova o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, constante do anexo a esta Portaria, destinado aos atendimentos de saúde da atenção básica voltados para a população indígena.
Portaria GM/MS nº 3.965	14/12/2010	Artigos 613, 628, 631, 634	Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.	Art. 1º Aprovar os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Lei nº 12.527	18/11/2011		Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11/12/1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5/05/2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8/01/1991; e dá outras providências.	Art. 1º. Esta Lei dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal.
Decreto nº 7.530	21/07/2011	Artigo 34	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.	Revogado pelo Decreto nº 7.797, de 30/08/2012. Revogado pelo Decreto nº 8.065, de 07/08/2013; Revogado pelo Decreto nº 8.901, de 10/11/2016: aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Revogado pelo Decreto nº 9.320, de 27/03/2018; Revogado pelo Decreto nº 9.795, de 17/05/2019.
Instrução Normativa RFB nº 1.183  (Secretaria da Receita Federal)	19/08/2011	Artigo 5º	Dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). Art. 1º. O Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) passa a ser regido por esta Instrução Normativa. Art. 2º. O CNPJ compreende as informações cadastrais das entidades de interesse das administrações tributárias da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.	Revogada pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30/05/2014; Revogada pela Instrução Normativa RFB nº 1634, de 06/05/2016); Revogada pela Instrução Normativa RFB nº 1863, de 27/12/2018); Revogada pela Instrução Normativa RFB nº 1863, de 27/12/2018);
Lei Complementar nº 141	13/01/2012	Artigo 40	Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19/09/1990, e 8.689, de 27/07/1993; e dá outras providências.	Art. 1º. Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3o do art. 198 da Constituição Federal: I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.
Resolução nº 453  (Concelho Nacional de Saúde)	10/05/2012	Inciso X, da Quarta Diretriz	Aprovar as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conelhos de Saúde.	Primeira Diretriz: Definição de Concelho de Saúde; Segunda Diretriz: Instituição e reformulação dos Conelhos de Saúde; Terceira Diretriz: Organização dos Conelhos de Saúde; Quarta Diretriz: Estrutura e Funcionamento dos Conelhos de Saúde;
Decreto nº 7.797	30/08/2012	Artigo 35,	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.
Portaria GM/MS nº 2.012	14/09/2012	Artigos 2º e 18	Extingue o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), dispõe sobre a utilização dos recursos financeiros remanescentes e dá outras providências.	Art. 1º. Fica extinto o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), de que trata a Portaria nº 2.656/GM/MS, de 17/10/2007.



## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Portaria nº 118	18/02/2014		Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral.	Art. 1º. Fica estabelecido que, no prazo de 3 (três) competências, a contar da data de publicação desta Portaria, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) passará a marcar automaticamente como "inconsistentes" os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral, em nível local e nacional.
Portaria GM/MS nº 1.419	08/06/2017	Artigo 19, Capítulo III, anexo XII	Aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Ficam aprovados os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das seguintes unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.
Memorando Circular nº 1 SEI/2017/DENASUS/MS	02/08/2017	Primeiro parágrafo da alínea b, inciso V.	1. Visando cumprir recomendações do Acórdão nº 1246/2017 – TCU - Plenário, em decorrência de Fiscalização Operacional Centralizada (FOC) realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com o objetivo de avaliar a eficácia e a regularidade da atuação do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), este Departamento passa a adotar as seguintes medidas:	I. Matrizes de coleta e análise de informações e matriz de constatações; II. Tramitação da atividade na fase de relatório preliminar; III. Responsabilização dos agentes; IV. Tramitação das atividades de monitoramento; V. Revisão de normativos.
Portaria GM/MS nº 2.663	11/10/2017	Art. 4º	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	Art. 1º. A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017, passa a vigorar com as seguintes alterações: Art. 274. Farão jus ao recebimento dos recursos financeiros do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) os estabelecimentos de saúde previamente habilitados na forma dos art. 276 a 278, com vistas à execução de objetivos elencados no art. 275.
<b>2. Atenção Básica</b>				
Lei nº 7.498	25/06/1986	Artigos 12 e 15	Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.	Art. 1º. É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei. Art. 2º. A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.
Decreto nº 1.651/95	28/09/1995	Artigo 11	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Art. 1º. O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27/07/1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.
Norma Regulamentadora - NR 6 - Equipamento de Proteção Individual (EPI)	15/10/2001		Para os fins de aplicação desta Norma Regulamentadora - NR, considera-se Equipamento de Proteção Individual (EPI), todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.	(Texto dado pela Portaria SIT nº 25, de 15/10/2001);
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Itens 3 e 4	A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

		Subitens 4.1, 4.3, 4.6, 4.8 e 4.12	Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.	
Resolução-RDC nº 50  (Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária)	21/02/2002	Subitem 8.7, Parte II.	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.	Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, anexo a esta Resolução, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo: a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país; b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes; c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.
Portaria GM/MS nº 2.048	05/11/2002	Item 1, Subitem 1.3, Capítulo III	Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.	§ 1º. O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área; § 2º. Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.
Portaria GM/MS nº 70	20/01/2004	Artigo 6º	Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.
Portaria GM/MS/Nº 648	28/03/2006	Inciso III, Item 2subitem 2.1, Capítulo II	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (vigente até 20/10/2011).	Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria. Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.
Portaria Conjunta SAS/MS /FUNASA nº 47	23/06/2006	Artigo 2º Anexo II	Qualifica, altera e desqualifica Municípios a receberem mensalmente o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), destinado às ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	
Portaria nº 840 (FUNASA)	15/08/2007	Item 3 Subitens 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 e 4.5	Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007	Artigo 5º, 7º, 8º, 10 e 12	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Portaria SAS/MS nº 221	17/04/2008	Anexo	Art. 1º. Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.	Art. 2º. Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.
Portaria SAS nº 475	1º/09/2008		Art.1º Incluir na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDIGENA e seus subtipos.	Art. 5º. Estabelecer que os gestores terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para cadastramento e/ou atualização dos cadastros existentes dos estabelecimentos que se enquadram nesta política.
Resolução do COFEN nº 358  (Concelho Federal de Enfermagem)	15/10/2009	Artigo 5º	Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.	Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. § 1º - os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. § 2º - quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.
Portaria GM/MS nº 3.965	14/12/2010	Artigos: 613, 628, 631, 633, 634 e 635	Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Aprovar os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde, na forma do Anexo a esta Portaria.
Portaria GM/MS nº 2.488	21/10/2011	Anexo	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.
Decreto nº 7.797	30/08/2012	Artigo 48	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.
<b>3. Assistência Farmacêutica</b>				
Lei nº 5.991	17/12/1973	Artigo 21	Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.	Art. 1º - O controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, em todo o território nacional, rege-se por esta Lei.
Lei nº 6.437	20/08/1977	Artigo 10	Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.	Art. 1º. As infrações à legislação sanitária federal, ressalvadas as previstas expressamente em normas especiais, são as configuradas na presente Lei.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Norma Regulamentadora nº 23 (NR-23)	08/06/1978	Subitem 23.11	Regulamenta o artigo 153 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme redação dada pela Lei n.º 6.514, de 22/12/1977, que alterou o Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho) do Título II da CLT.	Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978; Portaria nº 221, de 06/05/2011: Art. 1º Alterar a Norma Regulamentadora nº 23 (Proteção Contra Incêndios), aprovada pela Portaria MTb nº 3.214, de 8/06/1978, que passa a vigorar com a redação constante do Anexo desta Portaria.
Instrução Normativa nº 205 (Secretaria de Administração Pública da Presidência da República-SEDAP/PR)	08/04/1988	Itens 4, 7 e 8	Baixar a presente Instrução Normativa - I.N.º, com o objetivo de racionalizar com minimização de custos o uso de material no âmbito do Sistema de Serviços Gerais (SISG) através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades.	1. Material - Designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.
Constituição da República Federativa do Brasil	05/10/1988	Artigo 196	Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:	
Lei nº 8.080/90	19/09/1990	Artigo 14	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.
Portaria SVS/MS nº 344	12/05/1998	Artigos 62, 63, 64 e 67	Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.	Art. 2º Para extrair, produzir, fabricar, beneficiar, distribuir, transportar, preparar, manipular, fracionar, importar, exportar, transformar, embalar, reembalar, para qualquer fim, as substâncias constantes das listas deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, ou os medicamentos que as contenham, é obrigatória a obtenção de Autorização Especial concedida pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
Portaria GM/MS nº 3.916	30/10/1998	Item 3 e 5	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.	Art. 2º. Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas.
Resolução nº 328 (ANVISA)	22/07/1999	Item 6, Subitem 6.2	Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias.	Art. 1º. Instituir Regulamento Técnico sobre as Boas Práticas de Dispensação de medicamentos em farmácias e drogarias.
Lei 9.836	23/09/1999	Art. 19-G, Parágrafos 2º e 3º	Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. A Lei no 8.080, de 19/09/1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde: Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Subitem 4.1 e 4.5	Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.	Art. 2º. Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.
Resolução nº 338	06/05/2004		Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios.	Art. 1º - Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios:

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

(Concelho Nacional de Saúde-CNS)				I - a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.
Norma Regulamentadora - NR nº 32  (Portaria Ministério do Trabalho (MTb) nº 485, de 11/11/2005)	16/11/2005		32.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. 32.1.2. Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.	Alterações/Atualizações Diário Oficial da União - D.O.U: Portaria MTE nº 939, de 18/11/2008; Portaria MTE nº 1.748, de 30/08/2011; Portaria SEPRT nº 915, de 30/07/2019.
Normas e Manuais Técnicos  (Manual de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do Ministério da Saúde - Instruções Técnicas para sua Organização)	2006	Item 5	Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização	Para concretização dos objetivos da saúde foram estabelecidas Políticas Farmacêuticas (Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica). Os objetivos e a execução de uma política farmacêutica dependem de vários fatores e circunstâncias: econômicas, sanitárias e de prioridades políticas de governo, e tem por fundamento: - Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança; - Promover seu uso racional.
Portaria nº 840 (FUNASA)	15/08/2007	Item 4 Subitem 4.3	Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.
Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007		Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Portaria GM/MS nº 1.820	13/08/2009	Artigo 3º	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde	
Resolução-RDC nº 44 (ANVISA)	17/08/2009	Artigos 5º, 6º, 24, 35 e 38	Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.	Art. 1º Esta Resolução estabelece os critérios e condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.
Portaria GM/MS nº 3.185	19/10/2010		Aprova a 2ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais da Saúde Indígena	(Revogada pela PRT GM/MS nº 1.059, de 23/07/2015) - Aprova o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, constante do anexo a esta Portaria, destinado aos atendimentos de saúde da atenção básica voltados para a população indígena.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Portaria GM/MS nº 3.965	14/12/2010	Artigo 631 e 634	Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Aprovar os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde, na forma do Anexo a esta Portaria.
Resolução CFF nº 556	01/12/2011		Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas e/ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde.	Art. 2º A empresa e/ou estabelecimento que exerça como atividade principal ou subsidiária o comércio, venda, fornecimento, transporte, armazenamento, dispensação, distribuição de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos deverá dispor, obrigatoriamente, de um farmacêutico diretor técnico ou farmacêutico responsável técnico.
Resolução-RDC nº 39 (ANVISA)	09/07/2012		Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12/05/1998 e dá outras providências.	Art. 1º. Publicar a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12/05/1998, republicada no Diário Oficial da União de 1º/02/1999.
Decreto nº 7.797	30/08/2012		Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.
Resolução CFF nº 577	25/07/2013	Artigos 2º, 3º, 4º e 5º	Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde.	Art. 2º - A empresa ou estabelecimento que exerça como atividade principal ou subsidiária o comércio, venda, fornecimento, dispensação, distribuição de drogas e medicamentos deverá dispor, obrigatoriamente, de um farmacêutico diretor técnico ou farmacêutico responsável técnico.
Portaria GM/MS nº 1.555	30/07/2013		Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 2º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.
Portaria GM/MS nº 1.800	09/11/2015	Artigos 4º e 7º	Aprova as Diretrizes da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).	Art. 1º Esta Portaria aprova as Diretrizes da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).

### 4. Controles Internos

Lei nº 4.320	17/03/1964		Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.	Art. 1º. Esta lei estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, de acordo com o disposto no art. 5º, inciso XV, letra b, da Constituição Federal.
Decreto-Lei nº 200	25/02/1967		Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.	
Instrução Normativa nº 205 (Secretaria de Administração Pública da Presidência da República - SEDAP/PR)	08/04/1988		Baixar a presente Instrução Normativa - I.N.º, com o objetivo de racionalizar com minimização de custos o uso de material no âmbito do Sistema de Serviços Gerais (SISG) através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades.	1. Material - Designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Constituição da República Federativa do Brasil	05/10/1988		Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:	
Lei Federal nº 8.666	21/06/1993		Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.	Art. 1º.= Esta Lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Parágrafo único. Subordinam-se ao regime desta Lei, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
Instrução Normativa STN nº 1  Secretaria do Tesouro Nacional (STN)	15/01/1997		Disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou realização de eventos e dá outras providências.	Art. 1º. A celebração (assinatura de termo de convênio) e a execução de convênio de natureza financeira, para fins de execução descentralizada de Programa de Trabalho de responsabilidade de órgão ou entidade da Administração Pública Federal, direta ou indireta, serão efetivadas nos termos desta Instrução Normativa. (Redação dada ao caput pela Instrução Normativa STN nº 7, de 20.11.2007, DOU 21/11/2007)
Decreto nº 2.271	7/07/1997		Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências.	Art. 1º. No âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional poderão ser objeto de execução indireta as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade.
Lei nº 9.503	23/09/1997		Institui o Código de Trânsito Brasileiro.	
Portaria FUNASA n.º 852	30/09/1999		Regulamenta o Decreto nº 3.156/99.	
Portaria GM/MS nº 3.916	30/10/1998		Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.	Art. 2º. Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas.
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002		Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.	Art. 2º. Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.
Portaria GM/MS nº 70	20/01/2004		Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.
Portaria MS/GM nº 78	16/01/2006		Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados no acompanhamento e fiscalização de execução dos contratos firmados no âmbito do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Os Gestores de Contratos designados pela Coordenação-Geral de Recursos Logísticos deverão observar, por ocasião de suas atribuições de acompanhamento e fiscalização quanto à execução dos contratos, no âmbito do Ministério da Saúde, as determinações estabelecidas por esta Portaria, assim como os imperativos previstos pela Lei nº 8.666, de 21/06/1993, Lei Complementar nº 101, de 4/05/2000 e demais legislações pertinentes e vigentes.
Decreto Federal nº 6.170	25/07/2007		Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.	Art. 1º. Este Decreto regulamenta os convênios e os contratos de repasse celebrados pelos órgãos e entidades da administração pública federal com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, para a execução de programas, projetos e atividades que envolvam a transferência de recursos oriundos dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União. (Redação dada pelo Decreto nº 10.426, de 2020)

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Portaria nº 840 (FUNASA)	15/08/2007		Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	ART. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.
Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007		Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Instrução Normativa nº 02 (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG)	30/04/2008		Dispõe sobre regras e diretrizes para a contratação de serviços, continuados ou não.	Art. 1º. Disciplinar a contratação de serviços, continuados ou não, por órgãos ou entidades integrantes do Sistema de Serviços Gerais (SISG). (...) Art. 2º. As contratações de que trata esta Instrução Normativa deverão ser precedidas de planejamento, em harmonia com o planejamento estratégico da instituição, que estabeleça os produtos ou resultados a serem obtidos, quantidades e prazos para entrega das parcelas, quando couber. (...)
Portaria GM/MS nº 3.965	14/12/2010		Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Aprovar os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde, na forma do Anexo a esta Portaria.
<b>5. Programas Estratégicos</b>				
Lei nº 8.080/90	19/09/1990		Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.
Lei nº 8.689	27/07/1993		Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e dá outras providências.	Art. 1º. Fica extinto, por força do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nas Leis nºs 8.080, de 19/09/1990, e 8.142, de 28/12/1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal criada pela Lei nº 6.439, de 1º/09/1977, vinculada ao Ministério da Saúde. Parágrafo único. As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nºs 8.080, de 19/09/1990, e 8.142, de 28/12/1990.
Decreto nº 1.651/95	28/09/1995		Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Art. 1º. O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27/07/1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.
Lei nº 10.180	06/02/2001		Organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Contabilidade Federal e de Controle Interno do Poder Executivo Federal, e dá outras providências.	Art. 1º. Serão organizadas sob a forma de sistemas as atividades de planejamento e de orçamento federal, de administração financeira federal, de contabilidade federal e de controle interno do Poder Executivo Federal.
Portaria GM/MS nº 70	20/01/2004		Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.
Portaria SAS/MS nº 311	14/05/2007		Estabelece que a atualização sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações SCNES, SIA e SIH, é responsabilidade dos municípios, estados e Distrito Federal,	



## Auditorias em saúde indígena no Brasil

			devendo ser encaminhados, mensalmente, ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS/SE/MS, de acordo com a gestão dos estabelecimentos.	
Portaria nº 840 (FUNASA)	15/08/2007		Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	ART. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.
Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007		Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Portaria SAS nº 475	1º/09/2008		Art.1º Incluir na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA e seus subtipos.	Art. 5º. Estabelecer que os gestores terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para cadastramento e/ou atualização dos cadastros existentes dos estabelecimentos que se enquadram nesta política.
Portaria GM/MS nº 3.965	14/12/2010		Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Aprovar os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde, na forma do Anexo a esta Portaria.
Decreto nº 7.797	30/08/2012		Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.
Portaria nº 840 (FUNASA)	15/08/2007		Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	ART. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.
<b>6. Regionalização, Planejamento e Programação</b>				
Decreto nº 1.651/95	28/09/1995	Artigo 11	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Art. 1º. O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27/07/1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Item 4	A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.
Portaria GM/MS nº 3.332	28/12/2006		Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.	(Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.135, de 25.09.2013) Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 1º. Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007		Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Portaria GM/MS nº 3.176	24/12/2008		Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde.	Art. 1º. Aprovar as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão (RAG), constantes desta Portaria, as quais têm por objetivo subsidiar o processo de elaboração, aplicação e fluxo do RAG. Art. 2º. O Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG).  (Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.135, de 25.09.2013): Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 1º. Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria de Consolidação GM/MS nº 1	28/09/2017		Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.	§ 1º. do artigo 96, Título IV- Do Planejamento, Capítulo I - Das Diretrizes do Processo de Planejamento do SUS; § 1º do artigo 99, Título IV- Do Planejamento, Capítulo I; § 1º e caput do artigo 97, Título IV- Do Planejamento, Capítulo I.
<b>7. Vigilância em Saúde</b>				
Decreto Federal nº 3.156	27/08/1999		Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8/06/1992, e nº 1.141, de 19/05/1994, e dá outras providências.	Art. 1º. A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde. Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Subitem 4.8	A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.
Portaria GM/MS nº 70	20/01/2004		Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.
RDC Nº 306 Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA	07/12/2004		Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, em Anexo a esta Resolução, a ser observado em todo o território nacional, na área pública e privada.
Portaria FUNASA/MS nº 840	15/08/2007	Subitem 4.1	Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007	Inciso XV, do Artigo 10	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Lei nº 12.305	02/08/2010	Artigo 20, § 1º	Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12/02/1998; e dá outras providências.	Art. 1º. Esta Lei institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, dispondo sobre seus princípios, objetivos e instrumentos, bem como sobre as diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluídos os perigosos, às responsabilidades dos geradores e do poder público e aos instrumentos econômicos aplicáveis.
Portaria GM/MS nº 3.965	14/12/2010		Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.	Art. 1º. Aprovar os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde, na forma do Anexo a esta Portaria.
Portaria GM/MS nº 2.914	12/12/2011		Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.	Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.
Portaria GM/MS nº 755	18/04/2012		Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Esta Portaria dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, coordenado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS).
<b>8. Controle Social</b>				
Decreto nº 1.651/95	28/09/1995	Artigo 11	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Art. 1º. O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27/07/1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.
Portaria FUNASA nº 852	30/09/1999	Artigo 4º	Regulamenta o Decreto nº 3.156/99.	
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Item 4 Subitens: 4.9	A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.
Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007	Artigo 18	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Lei Complementar nº 141	13/01/2012	Artigo 41	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;	Art. 1º. Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal: I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

			estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19/09/1990, e 8.689, de 27/07/1993; e dá outras providências.	Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.
Portaria GM/MS nº 755	18/04/2012	Artigos 2º e 3º	Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Esta Portaria dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, coordenado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS).
Resolução nº 453 (Concelho Nacional de Saúde-CNS)	10/05/2012	Inciso XII, Quarta diretriz	Aprovar as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Concelhos de Saúde.	Primeira Diretriz: Definição de Concelho de Saúde; Segunda Diretriz: Instituição e reformulação dos Concelhos de Saúde; Terceira Diretriz: Organização dos Concelhos de Saúde; Quarta Diretriz: Estrutura e Funcionamento dos Concelhos de Saúde;
<b>9. Recursos Humanos</b>				
Lei nº 7.498	25/06/1986	Artigos 12 e 15	Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.	Art. 1º. É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei. Art. 2º. A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Concelho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.
Decreto nº 1.651/95	28/09/1995	Artigo 11	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Art. 1º. O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27/07/1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Item 4	A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.
Portaria Conjunta SAS/MS /FUNASA nº 47	23/06/2006	Anexo II	Qualifica, altera e desqualifica Municípios a receberem mensalmente o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), destinado às ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	
Portaria FUNASA/MS nº 840	15/08/2007	Item 4	Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria, a serem observadas na elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.
Resolução do COFEN nº 358  (Concelho Federal de Enfermagem)	15/10/2009	Artigo 5º	Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.	Art. 1º. O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. § 1º - os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

## Auditorias em saúde indígena no Brasil

				§ 2º - quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.
<b>10. Assistência de Média e Alta Complexidade</b>				
Lei 9.836	23/09/1999	Art. 19-G, Parágrafo 3º	Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. A Lei no 8.080, de 19/09/1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde: Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.
Portaria GM/MS nº 254	31/01/2002	Itens 4 e 5	A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.	Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.
Portaria GM/MS nº 70	20/01/2004	Artigo 6º	Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.	Art. 1º. Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.
Portaria GM/MS nº 2.656	17/10/2007	Artigos 10 e 19	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	Art. 1º. Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.
Portaria GM/MS nº 1.820	13/08/2009	Artigo 3º	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.	
Portaria SAS/MS nº 134	04/04/2011	Artigo 1º	Considerando que o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) é instrumento essencial de gerenciamento e gestão utilizado para o direcionamento das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a necessidade de assegurar a fidedignidade das informações registradas, bem como de estabelecer critérios de operacionalização destas informações no SCNES;	Art. 1º. Constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal/DF, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados.

*Nota.* Fonte: Elaboração própria, baseado em dados dos Relatórios de Auditoria analisados.